

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N° 437

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 29 juin 1898, à 1 heure

Par RAYMOND FACHATTE

Né le 8 juillet 1871 à Paris

Interne de la Maison Départementale de Nanterre (Chirurgie et accouchements)

Ancien externe Médaille de bronze des hôpitaux de Paris.

LA PUBERTÉ

et

LES PREMIERS TROUBLES MENSTRUELS
ÉTUDE CLINIQUE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. POUCHET, professeur.
REMY et RICARD, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

437

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 29 juin 1898, à 1 heure

Par RAYMOND FACHATTE

Né le 8 juillet 1871 à Paris

Interne de la Maison Départementale de Nanterre (Chirurgie et accouchements)

Ancien externe Médaille de bronze des hôpitaux de Paris.

LA PUBERTÉ

et

LES PREMIERS TROUBLES MENSTRUELS ÉTUDE CLINIQUE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. POUCHET, professeur.
REMY et RICARD, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	EROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBENE
	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	TILLAUD.
	BERGER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	N.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ACHARD	GILBERT	MENETRIER	THIERRY
ALBARRAN	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
ANDRE	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BAR	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BONNAIRE	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
BROCA	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	REITTERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
ELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité.

Membre de l'Académie de médecine.

Commandeur de la Légion d'honneur.

TRÈS HONORÉ MAITRE,

Permettez-moi de vous offrir à vous tout le premier l'hommage de ce modeste travail. Vous m'avez accueilli aux premiers jours de mes études avec votre toute paternelle bonté dans votre beau service de l'Hôtel-Dieu. Deux ans plus tard, j'ai eu l'honneur envié d'être votre externe à la Charité, et là encore vous avez été pour moi si bon, vous avez entouré votre précieux enseignement clinique de marques si touchantes de bienveillante sollicitude, que c'est avec une véritable émotion que je viens évoquer le souvenir de ces années si vite passées pour vous témoigner bien faiblement ma plus sincère gratitude.

Aujourd'hui, j'ai le bonheur de vous avoir vu accepter la présidence de ma thèse, veuillez croire que je garderai de cette suprême preuve de bienveillance le souvenir le plus reconnaissant.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GALLIARD

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
Chevalier de la Légion d'honneur.

MON CHER MAÎTRE,

Je tiens à vous exprimer tout particulièrement ma reconnaissance pour le bienveillant intérêt que vous m'avez témoigné pendant ces deux années passées dans votre service, et que vous avez bien voulu me conserver depuis.

Je n'oublierai jamais vos excellentes leçons de chaque jour, votre sollicitude pour vos malades, enseignement précieux encore s'il en fut, votre affectueuse sympathie pour vos élèves.

Vous m'avez donné l'idée première de ce travail, vous m'avez fait don de plusieurs observations qui m'ont été précieuses, il est juste que je vous en offre l'hommage avec celui de ma plus vive gratitude.

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR TARNIER

Notre Maître à la clinique d'accouchements de la rue d'Assas.

MAITRE,

Je ne me doutais pas, lorsque j'assistais à votre dernière leçon, que vous alliez être si vite ravi à la science, à l'humanité et à vos élèves ; le deuil que nous portons au fond de nos cœurs est loin de prendre fin ; mais si vous n'êtes plus, l'esprit et le souvenir de votre précieux enseignement vous survit toujours, comme nous avons le désir de voir revivre bientôt votre image.

Ceux qui vous ont approché ne vous oublieront jamais, ils tâcheront de mettre en action les grands préceptes de devoir, de dévouement professionnel, le souci de faire parfaitement les moindres choses, que vous nous enseigniez par la parole et aussi par l'exemple et qui sont aussi impérissables que votre chère mémoire.

A MES MAÎTRES — A MES AMIS

Parvenus au terme de nos études médicales, nous voulons jeter un regard en arrière et adresser un souvenir ému et reconnaissant à tous ceux dont la bonté et le dévouement ont guidé nos pas dans la carrière, et dont les beaux exemples nous ont tracé la voie.

Il est tout d'abord un devoir de piété filiale qu'il nous est bien doux de remplir. Elevé jusqu'à ce jour au foyer bienfaisant de la famille par un père et par une mère dont la tendre sollicitude a su aplanir devant nous toutes les difficultés de la vie, qui ont suivi pas à pas toutes les phases de nos études, nous aidant de leurs bons conseils, encourageant chaque jour nos efforts, nous sommes heureux aujourd'hui de leur adresser l'expression de notre plus profonde reconnaissance et de leur offrir le premier hommage de ce travail.

M. le D^r FÉLIZET, a été pour nous un maître

plein de bienveillance pendant l'année où nous avons été l'externe de son service de chirurgie des enfants à l'hôpital Tenon ; il nous a donné maintes fois depuis, des marques d'affection. Qu'il veuille bien agréer aujourd'hui l'expression de nos plus sincères remerciements.

Nous n'avons été que quelques mois à l'hôpital Hérold l'externe de M. le D^r HYPOLITE MARTIN. Nous n'oublierons jamais le bon accueil qu'il nous fit dans son service, non plus que la sympathie qu'il nous a toujours témoignée depuis.

M. le D^r VARIOT, qui lui succéda, montra pour nous la plus grande bonté ; il compléta l'enseignement de ses attrayantes causeries au lit du malade à l'hôpital, en nous ouvrant son magnifique dispensaire de Belleville pour enfants malades où tout en écoutant là encore les conseils de notre cher maître, nous avions le plaisir de coopérer un peu à cette œuvre admirable qui est une si précieuse ressource pour les innombrables enfants pauvres qui peuplent ce quartier.

Nous conserverons toujours un souvenir particulièrement heureux de l'année passée comme externe au service de chirurgie de M. le D^r GÉRARD-MARCHAND, à l'hôpital Tenon. Nous n'oublierons jamais l'enseignement précieux de cet éminent chirurgien, pas plus que son exquise bonté envers tous ses élèves. Depuis la fin de cette année, qui nous a semblé si courte il a bien

voulu, à plusieurs reprises, nous donner des marques du plus bienveillant intérêt. Nous sommes heureux de pouvoir dire aujourd'hui à cet excellent maître, combien est profonde notre vénération pour lui et grande notre reconnaissance.

Nous avons eu l'honneur d'être externe du Bureau central d'admission en 1895 ; c'est même là que nous avons recueilli un certain nombre d'observations qui figurent aujourd'hui dans notre thèse. MM. les D^{rs} DELPEUCH, LERMOYEZ, ROGER, GUINON, DALCHÉ et WIDAL, médecins des hôpitaux, y ont été pour nous des chefs de service très bienveillants, nous tenons à leur adresser nos plus affectueux remerciements.

Pendant toutes nos études, M. le D^r WALTHER, chirurgien des hôpitaux, et professeur agrégé à la faculté de médecine, n'a cessé de nous donner en maintes circonstances des preuves de la plus grande bienveillance et de nous aider de ses excellents conseils ; nous sommes heureux de pouvoir lui dire aujourd'hui combien nous avons toujours été touché de son accueil sympathique et combien nous lui en sommes sincèrement reconnaissant.

M. le D^r PILLET, chef de laboratoire de la clinique chirurgicale de la Charité, nous a bien souvent aidé de ses conseils ; nous tenons à lui adresser l'expression de notre plus sincère gratitude et notre meilleur souvenir.

Pendant notre externat dans le service de

M. le professeur TILLAUX, M. le D^r THIÉRY, chef de clinique, nous a témoigné une grande bienveillance, nous sommes heureux de l'en remercier bien sincèrement.

A la clinique de la rue d'Assas, M. le D^r DUBRISAY, chef de clinique obstétricale, nous a réservé un accueil dont nous garderons le souvenir le plus reconnaissant. Mlle HANICOT, sage-femme en chef de la Clinique d'accouchements, nous a prodigué ses leçons pratiques, et ses bons conseils avec une extrême bienveillance ; imprégnés de l'enseignement du Maître dont l'esprit régnait à la clinique, elle nous en redisait sans cesse les préceptes et savait avec beaucoup d'habileté nous apprendre à les bien appliquer ; qu'elle nous permette de la remercier bien sincèrement de ses bonnes leçons dont nous espérons avoir un peu profité.

Que M. le D^r DEMOULIN dont nous n'avons été que quelques semaines l'élève à Tenon, veuille bien agréer l'expression de notre gratitude.

Nous n'avons eue pas l'honneur d'être l'élève de M. le professeur BERGER, mais dans une circonstance dont les détails resteront à jamais inscrits au fond de notre cœur, il a fait preuve envers nous de tant de dévouement et de bonté que l'occasion nous semble bien douce, de lui redire ici toute la vénération et la reconnaissance que nous avons pour lui.

Nous sommes heureux d'adresser l'expression

de notre plus grande sympathie à MM. le Docteur SOULIGOUX, chirurgien des Hôpitaux, les Docteurs BOUGLÉ et AUVRAY prosecteurs à la faculté, MM. HERBET et GOT, internes des Hôpitaux, qui ont été pour nous des internes pleins d'amabilité et auxquels nous avons été maintes fois redevables des meilleurs conseils.

Tout à la fin de nos études nous avons eu l'honneur d'être nommé interne à la maison départementale de Nanterre ; nous y avons eu comme chef, au service de chirurgie et des accouchements, M. le Docteur RÉMY, Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Note excellent maître, par la grande initiative qu'il a bien voulu nous laisser dans son service et par ses précieuses leçons, a rendu très profitable au point de vue de nos études notre séjour à Nanterre ; nous tenons à lui dire combien nous lui sommes reconnaissant de tous ses bienfaits et quel excellent souvenir nous emporterons de notre trop court passage auprès de lui.

Messieurs les Docteurs LAUGIER et SAPELIER, médecins de la maison de Nanterre, nous ont toujours accueilli avec la plus grande bienveillance, qu'ils veuillent bien croire à notre plus affectueux respect :

Enfin, que MM. les Docteurs SUSS, FERRAND et EMMANUEL FLEURY, qui nous ont témoigné leur confiance et leur sympathie, reçoivent l'assurance de notre plus affectueux souvenir.

LA PUBERTÉ

et

LES PREMIERS TROUBLES MENSTRUELS

ÉTUDE CLINIQUE

AVANT-PROPOS

Dans le cours de nos études, en recueillant les observations de malades dont l'état rendait nécessaire une opération abdominale, nous avons bien des fois constaté l'existence dans les antécédents de troubles menstruels qui chez beaucoup de ces malades remontaient à l'époque de la puberté.

Frappé de ces faits nous avons systématiquement interrogé à ce sujet pendant ces trois dernières années, toutes les femmes qui, dans les services où nous avons eu l'honneur d'être externe, puis interne, se présentaient pour des affections des organes génitaux et nous avons

pu nous convaincre que les deux tiers environ de ces malades n'avaient jamais été réglées d'une manière normale.

Y a-t-il entre ces troubles précoces de la menstruation et ces affections si fréquentes de l'utérus et des annexes, qui sont légions dans nos services hospitaliers un rapport de cause à effet? Evidemment non. Mais il est certain que les perturbations menstruelles de la puberté et des premières années qui la suivent, par les véritables lésions locales que l'on les sait aujourd'hui capables de produire (vulvo-vaginites, métrites, ovarites virginales), par les états congestifs qu'elles déterminent dans tout l'appareil génital et même à distance dans tous les viscères de l'économie, par la déchéance rapide de l'état général qu'elles provoquent, toutes ces perturbations, disons-nous, sont de nature à rendre plus tard les grandes infections plus faciles et plus fréquentes et à exalter leur virulence en leur fournissant un milieu favorable à l'évolution de leurs germes.

Nous avons résolu de faire de la puberté et des premiers troubles menstruels l'objet de notre thèse inaugurale. Nous avons été encouragé dans cette voie par M. le D^r Galliard, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe à deux reprises en 1895 et en 1897. Notre excellent maître a bien voulu nous faire don de l'observation pleine d'in-

térêt d'une de ses jeunes malades de la ville ; nous avons pu recueillir dans son service plusieurs autres observations qui nous seront précieuses. Nous avons terminé notre travail pendant notre internat dans le service de chirurgie et d'accouchements de M. le Dr Remy à la maison départementale de Nanterre.

Dans une première partie de cette étude, nous examinerons brièvement les modifications qui se produisent dans l'organisme de la jeune fille aux approches de la puberté, les phénomènes physiologiques qui caractérisent cette époque, et les conditions normales dans lesquelles se manifeste la première menstruation en dehors de toute action pathologique.

Dans une deuxième partie, nous passerons en revue les accidents plus ou moins graves qui peuvent survenir au moment de la puberté chez une fille jusque-là bien portante ; nous examinerons ensuite l'influence que peut exercer l'époque de la première menstruation sur l'évolution des diathèses préexistantes et sur la marche des maladies aiguës ou chroniques ; de plus nous rechercherons dans quelle mesure et dans quel sens la puberté peut modifier le pronostic de ces affections.

Après avoir étudié aussi complètement que possible la genèse de la menstruation, nous passerons en revue ses premiers troubles que nous rapporterons à cinq grandes classes :

1° Les dysménorrhées, ou règles difficiles s'accompagnant de troubles de l'état général parfois fort graves et de phénomènes locaux.

2° Les aménorrhées, ou suppressions des règles pendant un temps plus ou moins long.

3° Les ménorrhagies ou exagérations de l'hémorrhagie cataméniale en durée ou en abondance.

4° Les règles supplémentaires ou déviées constituant ce qu'on a appelé l'ataxie menstruelle.

5° Enfin les rétentions menstruelles causées par les difformités, les anomalies, les arrêts de développement des organes génitaux.

Au fur et à mesure nous indiquerons les traitements qui nous paraîtront convenir le mieux à tous ces accidents et nous terminerons cette étude en formulant brièvement les préceptes de l'hygiène rigoureuse que doit observer la jeune fille au moment de la puberté et pendant les années qui la séparent de la première conception pour arriver sans accidents au terme de cette étape initiale de sa vie génitale.

Nous ne nous dissimulons pas les difficultés de la tâche que nous avons entreprise. Mais si nous considérons qu'il nous a fallu pour achever ce travail en rechercher les innombrables matériaux dans la littérature médicale française et étrangère de tout ce siècle, si nous considérons combien les observations des faits que nous étudions sont difficiles à recueillir, soit

par la réserve de certaines malades ou les récits fantaisistes de certaines autres, nous croyons avoir fait œuvre utile en réunissant tous ces documents épars et en y ajoutant le modeste tribut de notre expérience et de nos recherches personnelles.

Puisqu'aujourd'hui un vent de fronde semble souffler contre toutes les causes de dépopulation, l'étude de ces accidents qui préparent si souvent la stérilité, nous semble bien à l'ordre du jour.

Puisse ce modeste travail nous attirer l'indulgente bienveillance de nos maîtres et de nos lecteurs.

PREMIÈRE PARTIE

LA PUBERTÉ PHYSIOLOGIQUE

La puberté chez la femme est l'ensemble des phénomènes physiologiques qui précèdent et accompagnent l'établissement définitif de la fonction menstruelle et préparent l'aptitude à la fécondation.

L'enfant va devenir femme, et capable d'être mère à son tour. Mais cette métamorphose ne s'accomplira pas en un jour. Il faudra que le développement, resté jusque-là peu actif, de tous ses organes, subisse une puissante impulsion qui les rende propres à remplir l'intégrité de leurs fonctions ; cette impulsion se fera surtout sentir dans les organes génitaux qui en très peu de temps se transforment complètement et à un moment donné, la fonction menstruelle s'établira.

Le signe objectif de la puberté chez la femme, consiste essentiellement en l'apparition première

d'une hémorrhagie, issue des voies génitales, durant quelques jours, et se répétant à partir de ce moment périodiquement chaque mois : c'est la menstruation, les règles, les époques.

Examinons séparément :

Les transformations de l'organisme aux approches de la puberté.

Les signes précurseurs de l'apparition du flux menstruel.

Ce qu'est la première menstruation ; l'âge auquel elle se produit et les influences qui peuvent la retarder ou l'avancer ;

Enfin, l'état de la jeune fille lorsque la fonction est définitivement établie.

LES TRANSFORMATIONS DE L'ORGANISME FÉMININ AUX APPROCHES DE LA PUBERTÉ.

Il est aisé de comprendre que toute l'activité de développement qui va se manifester à cette époque, va concentrer son action sur le bassin, sur les viscères qu'il a pour mission de loger et de protéger, et sur tous les organes dont le fonctionnement est lié à celui des organes génitaux.

Le bassin, pour Depaul (1) et Burns (2), présenterait à la naissance les caractères de l'état embryonnaire, caractérisé suivant ces auteurs par la prédominance du diamètre antéro-postérieur sur le diamètre transverse ; vers 9 ans les deux diamètres seraient à peu près égaux et vers 14 ans, à la puberté, par conséquent, le diamètre transversal se serait accru au point de surpasser d'en moyenne 25 millimètres le diamètre antéro-postérieur.

Pour Turquet (3) et Charpentier (4), le bassin présente chez les filles, dès la vie intra-utérine, une prédominance du diamètre transverse sur le diamètre antéro-postérieur. Cette prédominance subit une légère diminution pendant les premiers mois de la vie, puis s'accroît vers la fin de la première année jusqu'à cinq ans environ.

De 8 à 10 ans, les dimensions transversales du bassin accusent une légère diminution comparative, mais à partir de 10 ans, elles augmentent rapidement et quelques années plus tard, vers 13 ou 14 ans, le bassin adulte est constitué en même temps que se terminent l'ossification et la soudure des diverses pièces osseu-

1. Depaul et Campana. Art. bassin, 1868. In *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

2. Burns. *Principles of midwifery*, 1843, p. 23.

3. Turquet. *Le bassin infantile*. Thèse de Paris, 1876.

4. Charpentier. *Traité des accouchements* 1890, tome I, p. 19.

ses qui contribuent à le former. Le bassin subit donc, aux approches de la puberté, les diverses modifications qui vont lui donner sa forme définitive et ses plus grandes dimensions.

Les ovaires, chez l'embryon, occupent successivement la région lombaire et la fosse iliaque ; de là, ils tendent à pénétrer dans le petit bassin, mais ce n'est que vers la 10^e ou la 12^e année que cette migration s'achève, et que les ovaires vont prendre dans la cavité pelvienne leur situation définitive.

Peu à peu les follicules de De Graaf ou follicules ovariens qui n'étaient représentés chez le fœtus que par des cellules granuleuses au milieu desquelles étaient épars les ovules primordiaux, les follicules de De Graaf, disons-nous, prennent la forme de petits corps sphériques renfermant chacun un ovule et contribuent à former la couche corticale de l'ovaire. A la puberté, les plus externes de ces follicules, sous l'accroissement du liquide qu'ils renferment, se gonflent, leurs parois s'amincissent et ils finissent par se rompre ; cette rupture qui aura lieu désormais chaque mois, s'accompagnera d'une congestion intense de tout l'appareil génital et déterminera l'apparition des règles.

L'utérus subit aussi des modifications importantes. Il devient pyriforme, aplati dans le sens

antéro-postérieur. Tandis que dans l'utérus infantile, le col avait une longueur égale et même parfois supérieure à celle du corps, au contraire nous allons voir à la puberté le corps augmenter notablement de volume et atteindre jusqu'à deux fois les dimensions du col. Avec la forme, la structure également se modifie, les fibres des différents plans de la tunique musculaire se multiplient et augmentent de volume ; la muqueuse augmente légèrement d'épaisseur, son épithélium devient un épithélium à cils vibratiles qui existera durant toute la vie génitale de la femme et qui disparaîtra à la ménopause.

Il y a quelques semaines à peine, M. Kieffer (1) de Bruxelles, exposait à la Société obstétricale de France le résultat d'injections vasculaires de l'utérus. Suivant cet auteur, il faut injecter les artères utéro-ovariques principales pour atteindre la muqueuse de la trompe et celle de l'utérus ; l'injection des deux artères principales de la matrice restant absolument sans effets sur la muqueuse. Pour l'auteur qui, suivant sa propre expression, ne formule que des hypothèses qui ont besoin d'un contrôle expérimental, le développement des annexes et de leurs vaisseaux serait la cause de la puberté, comme l'atrophie de ces organes entraînerait la ménopause.

1. Kieffer de Buxelles. Communication à la Société obstétricale de France. Session d'avril 1898. *Anatomie et physiologie de l'utérus humain*. In *Presse médicale* du 7 mai 1898, page 248.

Les organes génitaux externes participent, eux aussi, à l'activité de développement qui se manifeste à cette époque.

Chez l'enfant, la vulve était béante ; à la puberté le pourtour de son orifice se resserre, se gonfle et s'infiltré de graisse. Les grandes lèvres augmentent d'épaisseur, elles se doublent de tissu adipeux, en même temps que s'y développent des fibres musculaires ; elles s'allongent, s'appliquent exactement l'une contre l'autre et masquent l'orifice vaginal en enfermant les petites lèvres qui primitivement les dépassaient.

Les petites lèvres qui, chez l'enfant, présentaient une teinte rosée, deviennent d'un rouge plus vif ; dans leur épaisseur, les glandes sébacées se multiplient et s'accroissent.

Les glandes vulvo-vaginales ou glandes de Bartholin peu volumineuses jusqu'à la puberté subissent à ce moment un accroissement rapide et atteignent le volume d'une amande.

L'hymen présente à la puberté l'aspect d'un diaphragme percé d'un orifice de forme variable le plus fréquemment cependant circulaire ou semi-lunaire. La membrane hyménéale est épaisse à son insertion, plus mince aux bords libres de son orifice lesquels présentent souvent des franges sur tout leur pourtour.

Enfin aux approches de la puberté, le système pileux se développe abondamment au niveau du pubis, à la partie externe des grandes lèvres, au

creux des aisselles et parfois, surtout chez les femmes très brunes, au pourtour des auréoles des mamelons.

Le tissu adipeux se développe abondamment chez la jeune fille au moment de la puberté : il remplit les interstices musculaires, émousse les saillies osseuses et contribue par sa répartition à assurer la finesse des formes et la pureté des lignes.

Deux organes, dont l'évolution est liée intimement à celle des organes génitaux, subissent encore au moment de la puberté des modifications importantes : La glande mammaire et le larynx.

Pour Cadiat (1), les seins chez la femme qui n'a jamais eu d'enfant sont constitués essentiellement par une plaque fibreuse s'étendant circulairement au-dessous du derme, qu'il sépare du tissu graisseux qui double l'aponévrose du grand pectoral ; cette plaque fibreuse est traversée par quelques fins conduits qui seront plus tard les canaux galactophores. A l'état embryonnaire, la couche fibreuse était représentée par quelques petits noyaux en forme de lentilles et sous-jacents au derme ; cette couche augmente lentement d'épaisseur, tandis que le développement des canaux reste stationnaire. A la puberté, les éléments fibreux et les conduits galactophores s'ac-

1, Cadiat. *Leçons d'anatomie générale*,

croissent parallèlement, mais cependant à cause de la prédominance antérieure de l'élément fibreux, celui-ci dominera jusqu'à la première grossesse et les conduits n'occuperont jamais qu'une place très restreinte dans la mamelle de la jeune fille. L'aspect extérieur des seins se modifie aussi : Le mamelon grossit et rougit, l'ensemble de la glande se moule et forme en avant, de chaque côté du thorax une saillie arrondie aux lignes harmonieuses.

Si l'on considère le larynx chez le jeune garçon et chez la petite fille, on s'aperçoit que jusque vers 13 ou 16 ans le développement de cet organe est resté peu actif, et que la différence en est minime dans les deux sexes. La hauteur de la voix paraît sensiblement la même. Mais la puberté va amener des modifications des deux qualités fondamentales du son rendu par l'instrument vocal : la hauteur et le timbre. La période pendant laquelle s'accomplit cette transformation dure environ de 6 mois à 2 ans. Pendant ce temps la voix est rauque et inégale : c'est la mue de la voix. Pendant cette période le larynx se développe suivant Fournié (1) deux fois plus que depuis la naissance ; au début de la mue, les cordes vocales inférieures qui avaient une longueur de 12 à 15 millimètres atteignent de 20 à

1. Fournié, *Physiologie de la voix et de la parole*, Paris 1866.

26 millimètres suivant Bécclard (1), le larynx s'agrandit, augmente dans toutes ses dimensions et surtout dans son diamètre antéro-postérieur, un peu moins dans le sens transversal. L'épiglotte devient plus large et plus résistante.

A partir de cette époque le larynx continue lentement son évolution et n'atteint souvent son parfait développement que vers 18 ou 20 ans.

La transformation s'est accomplie. Désormais l'organisme est suffisamment fort pour supporter les fatigues qui vont lui être imposées et cela à bref délai, car les signes qui précèdent de près la menstruation, s'ils ne se sont déjà montrés, ne se feront pas longtemps attendre.

LES SIGNES PRÉCURSEURS DE LA PREMIÈRE MENSTRUATION.

Les premiers signes qui peuvent faire prévoir à court délai l'apparition des règles sont autant du domaine psychique et moral que du domaine physique. Un changement complet dans le caractère se manifeste alors et comme l'a dit Lamar tine : l'esprit, comme le corps, a aussi sa puberté.

1. Bécclard. *Article larynx* 1872. In *Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales*.

Jusque-là une seule faculté intellectuelle, la mémoire, avait paru vouloir utiliser à son profit l'intelligence naissante de l'enfant ; mais à ce moment, la mémoire devient moins docile, la petite fille devient de moins en moins capable d'une attention soutenue ; tantôt, elle est rêveuse et distraite, tantôt au contraire elle a des besoins subits d'épanchement et de loquacité. Parfois a des accès de gaieté folle et sans motif, succèdent des heures de tristesse et de morne abattement ; l'enfant devient indocile et morose ; telle, dont l'esprit était jusque-là sans détours devient dissimulatrice et menteuse. Enfin on peut voir survenir de véritables symptômes cérébraux du domaine pathologique que nous rencontrerons plus loin constituant la folie de la puberté.

Aux symptômes psychiques et mentaux se joignent toujours des troubles physiques qui retentissent sur presque tous les systèmes de l'économie. La digestion est atteinte le plus souvent et des plus diverses manières. Tantôt c'est de l'inappétence, tantôt un attrait irrésistible pour des aliments que jusque-là l'enfant n'avait pris qu'avec répugnance, des digestions pénibles, du pyrosis, des éructations, des crampes au creux épigastrique, des vomissements. A tous ces signes viennent se joindre tantôt une constipation opiniâtre, tantôt une diarrhée rebelle et des coliques intestinales.

Les régions sus-inguinale et hypogastrique

deviennent le siège d'une hyperesthésie parfois extrême ; la moindre palpation en devient douloureuse et pénible ; le ventre est souvent légèrement ballonné et, la jeune fille y éprouve fréquemment une sensation de pesanteur, une douleur sourde et mal définie qui la fatigue et assombrit son caractère ; parfois des douleurs sacro-lombaires très vives viennent se joindre à ces phénomènes ; la vulve tuméfiée est le siège d'une injection vasculaire prononcée et d'un prurit intense, elle donne passage à une exhalation vaginale muqueuse.

Les seins sont gonflés, douloureux à la moindre pression, on voit de grosses veines se dessiner à leur surface.

Parfois il existe de la gêne respiratoire, une toux sèche et l'auscultation révèle la présence d'un léger degré de congestion pulmonaire aux deux bases.

Les battements du cœur sont accélérés, violents ; le pouls est dur, bondissant, irrégulier.

Il existe parfois une céphalée très vive, des convulsions (Dupont) (1) et même des syncopes multiples se répétant plusieurs fois dans la même journée (Raciborsky) (2) ; presque toujours la température s'élève et si l'on en croit

1. Dupont, cité par Raciborsky. *In Traité de la menstruation*, 1868, Paris.

2. Raciborsky. *Traité de la menstruation*. Paris 1868.

Boërhaave (1) à peine une femme sur mille échappe à cette poussée fébrile.

La fonction urinaire elle aussi est influencée ; parfois il y a hématurie ; d'autrefois, rétention d'urine.

On peut voir dans certains cas tous ces signes précurseurs s'exagérer, prendre une allure inquiétante et faire redouter l'apparition de graves complications ; mais le plus souvent il n'en sera rien ; bientôt cet état de congestion généralisée, va trouver le dérivatif puissant qui rétablira le calme dans cet organisme surmené ; les premières règles vont apparaître et tout rentrera dans l'ordre.

LA PREMIÈRE MENSTRUATION

Lorsque l'organisme féminin est complètement préparé à l'importante fonction de la maternité, on voit apparaître le signe objectif de l'aptitude à la conception sous la forme des premières règles. Dans l'échelle des êtres, plus un individu possède un organisme perfectionné, plus le temps qui sépare la naissance de son parfait développement est long.

Chez la femme, et en France, on peut dire que

1. Boërhaave, cité par Raciborsky, *loc cit.*

l'âge de la puberté varie entre 12 et 16 ans. Mais ce n'est là qu'une indication bien vague et qui est bien loin de répondre à tous les faits ; diverses circonstances, en effet, influent sur l'âge de la puberté pour la retarder ou l'avancer et ces variations peuvent reconnaître pour causes l'influence des climats, des races, des conditions de l'existence, du tempérament, de l'éducation et de l'hérédité ; d'une action spéciale enfin que l'on a appelé : le sens génital.

Le climat paraît exercer une influence évidente sur l'âge de la puberté. La première menstruation est d'autant plus précoce que l'on avance davantage dans le midi et plus l'on s'éloigne de l'équateur plus la première apparition des règles est tardive. Ainsi dans l'Éthiopie, dans l'Inde, dans l'Amérique du Sud les filles sont communément réglées à 10 ans et même plus tôt ; d'autre part, nous voyons qu'en Suède, dans la Russie du Nord et dans la Laponie, les femmes sont réglées tardivement vers 16 ou 17 ans, en très petite quantité et parfois à quelques rares époques de l'année.

Les auteurs qui ont voulu déterminer exactement l'âge de la puberté dans les différents pays ont suivi dans l'exposé de leurs statistiques deux procédés différents : les uns ont déterminé l'âge moyen, les autres l'âge le plus fréquent.

Voici quelques résultats trouvés, pour l'âge moyen sous les climats français :

Raciborsky sur 200 femmes à Paris a trouvé l'âge moyen égal à 14 ans, 5 mois.

Marc d'Espines sur 85 femmes à Paris a trouvé l'âge moyen égal à 14 ans, 11 mois.

Marc d'Espines sur 43 femmes à Toulon a trouvé l'âge moyen égal à 14 ans, 1 mois.

Marc d'Espines sur 25 femmes à Marseille a trouvé l'âge moyen égal à 14 ans.

Puech sur 944 femmes à Nîmes a trouvé l'âge moyen égal à 14 ans, 2 mois.

Puech sur 144 femmes à Toulon a trouvé l'âge moyen égal à 14 ans.

Aran sur 100 femmes à Paris a trouvé l'âge moyen égal à 15 ans 4 mois.

Ce qui donne une moyenne de 14 ans et 5 mois

Nous avons interrogé nous-même à la maison de Nanterre 100 femmes nées à Paris ou aux environs et nous trouvé un âge moyen de 14 ans et 6 mois.

Le classement par âge est selon nous beaucoup plus intéressant et rend mieux compte des faits. Nous trouvons dans la thèse récente de M. Donnart (1), soutenue à la faculté de médecine de Bordeaux en 1895, des résultats obtenus

1. Donnart. Thèse de Bordeaux, 1895. *Quelques considérations sur la menstruation.*

Raciborsky. *Traité de la menstruation.* Paris, 1868.

Marc d'Espines. *Loco-citato.*

Puech. *Loco-cit.*

Aran. *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et des annexes.* Paris, 1858.

en observant 200 femmes des départements du midi de la France.

Sur 200 fem. 3 ont été réglées pour la 1^{re} fois à 9 ans.

—	1	—	—	10 ans.
—	18	—	—	11 ans.
—	16	—	—	12 ans.
—	35	—	—	13 ans.
—	38	—	—	14 ans.
—	36	—	—	15 ans.
—	27	—	—	16 ans.
—	20	—	—	17 ans.
—	10	—	—	18 ans.
—	2	—	—	19 ans.
—	1	—	—	20 ans.

Les âges où la première menstruation s'est le plus souvent montré sont donc pour M. Donnart par ordre de fréquence décroissante 14 ans, 15 ans, 13 ans, 16 ans, 17 ans, 11 ans, 12 ans.

En interrogeant nous-même 100 femmes aux consultations de la Maison Départementale de Nanterre nous sommes arrivé aux résultats suivants :

Sur 100 fem. 1 avait été réglée pour la 1^{re} fois à 10 ans 1/2.

—	2	—	—	11 ans.
—	9	—	—	11 ans 1/2.
—	6	—	—	12 ans.
—	17	—	—	13 ans.
—	22	—	—	13 ans 1/2.

Sur 100 fem. 27 av. été régl. p. la 1^{re} fois de 14 ans à 14 1/2.
 — 9 — — de 14 ans 1/2 à 15.
 — 5 — — à 16 ans.
 — 1 — — à 17 ans.
 — 1 — n'est pas encore réglée à 18 ans (1).

Nous avons donc par ordre de fréquence décroissante : 14 ans à 14 ans 1/2, 13 ans 1/2, 13 ans, 14 ans 1/2 à 15 ans, 12 ans.

Nous avons vu plus haut que l'âge moyen de puberté sous le climat français était d'environ 14 ans et 5 mois d'après les recherches des différents auteurs, et 14 et 6 mois d'après notre enquête personnelle. Si nous examinons maintenant les statistiques dressées pour des pays du Nord, Copenhague, Christiania, la Russie du Nord, Stockholm, nous voyons que sous ces climats l'âge moyen de la puberté s'élève jusqu'à 16 ans et 3 mois.

Dans les pays chauds au contraire, Calcutta et l'Amérique méridionale, nous trouvons une moyenne de 12 ans et 7 mois.

Cette influence incontestable du climat sur la puberté est cependant passible d'objection ; il est certains pays à climat très chaud où les filles sont réglées relativement très tard. En

1. Cette malade qui est dans un état de misère physiologique extrême est encore actuellement à l'infirmerie de la maison. Service de M. le Dr Remy.

Cochinchine (Barbaud et Lefèvre) (1), on voit les femmes annamites réglées à 16 ans, de même que les femmes du Cambodge; les Chinoises sont réglées encore plus tard à 16 ans et 6 mois en moyenne. Les femmes d'Esquimaux suivant les mêmes auteurs, seraient dans leurs pays cependant très froids réglées à 14 ans.

Malgré ces exemples qui s'écartent un peu de la règle, on peut cependant, nous le croyons, admettre l'influence du climat sur l'âge de la puberté et dire, climats chauds menstruation avancée; climats froids menstruation retardée.

L'influence des races et de l'hérédité n'est pas moins évidente et peut même contrebalancer pendant plusieurs générations l'influence des climats :

Tilt (2) dans une communication faite au Congrès médical international de Paris en 1867, rapporte que le gouvernement anglais a fondé à Calcutta une maison d'éducation pour 200 jeunes filles anglo-indiennes, nées aux Indes, de parents anglais. D'après le Dr Webb, ces jeunes filles continuent à être réglées de 15 à 16 ans comme en Angleterre, alors que les jeunes filles de Calcutta le sont de 12 à 13 ans.

D'autre part on peut admettre sur des témoi-

1. Barbaud et Lefèvre. *La puberté chez la femme*. Paris 1887.

2. Tilt. *Manuscrit du congrès international médical*. Paris 1867.

gnages et des rapports de médecins et de ministres de diverses religions, qu'au Canada où le froid est cependant très rigoureux, les mariages de filles de 14 à 15 ans sont fréquents, qu'il y en a même de 13 et de 12 ans suivis de conception ; mais il ne faut pas oublier que le Canada est habité par une population française et que là c'est encore l'influence de la race qui prime celle du climat.

Sous le même climat, et dans les mêmes races, nous voyons encore des divergences de l'âge de la puberté : « il y a, dit Gallard, (1) un fait indéniable reconnu de tous, c'est que d'une façon générale, dans tous les pays du monde, sous tous les climats, les filles des grandes villes sont réglées plus tôt que celles de la campagne »

Brierre de Boismont (2) a étudié l'âge de la puberté dans les villes, dans les campagnes et dans la capitale.

Les observations portent sur 1207 femmes prises dans toutes les classes de la société.

Il a trouvé que l'âge moyen de la première menstruation était de 14 ans et 10 mois environ dans les campagnes, de 14 ans et 9

1. Gallard. 1885. *Leçons cliniques sur la menstruation et ses troubles*.

2. Brierre de Boismont. *La menstruation considérée dans ses rapports physiologiques et pathologiques*. Paris 1842.

mois dans les villes. Dans la capitale, tandis que les jeunes filles de la classe riche devenaient pubères de 12 à 13 ans, celles de la classe pauvre voyaient cette époque retardée jusqu'à 14 ans 1/2, 15 ans, 16 ans et même 18 ans.

En examinant de près ces chiffres, nous avons pu nous convaincre qu'il y a pour amener ces divergences quelque chose de plus, que le simple effet de la vie à la campagne ou dans les grandes cités ; plusieurs facteurs interviennent ensemble, s'entremêlent et aussi se combattent mutuellement. A la campagne, la vie rustique est sensiblement la même pour toutes, mais à la ville grande est la différence entre l'existence d'une jeune fille et celle de telle autre : telle passe une vie sans fatigues, sans efforts, sans soucis, et a de plus une habitation confortable, une alimentation saine et régulière telle autre astreinte à un rude labeur, sera mal logée, mal nourrie, mal vêtue : on conçoit, que quoique que ces deux sujets soient de même race, qu'ils vivent sous le même climat, l'une sera déjà une jeune fille, presque une femme alors que l'autre ne sera toujours qu'un enfant débile. Dans chacun de ces degrés extrêmes de l'échelle sociale, ne pourra-t-on pas rencontrer côte à côte les types les plus différents : il ne sera pas rare de trouver au sein de la classe la plus riche des enfants à l'aspect misérable et chétif de même qu'on peut voir

tous les jours, dans les milieux les plus pauvres, des enfants présentant tous les signes de la plus brillante santé.

On le voit, les influences les plus diverses s'entrecroisent, unissent leurs effets ou les contrebalancent pour avancer ou retarder l'âge de la puberté.

Il nous reste à dire un mot d'un dernier facteur auquel on a attribué une grande influence, sans le bien définir jamais, nous le croyons, et qu'on a appelé le sens génital : Raciborsky définit le sens génital : « La vigueur plus ou moins grande que la nature déploie dans le développement des vésicules de De Graaf ». Il nous semble que cette explication ne rend pas compte du moindre fait et il serait plus simple de dire, à notre avis, qu'en dehors de toutes les causes qui le plus souvent avancent ou retardent la puberté, on trouve encore de nombreuses variations individuelles qui jusqu'aujourd'hui sont restées encore absolument inexplicables.

De toutes ces données, nous pouvons conclure que l'âge moyen de la puberté dans nos pays est d'environ 14 ans et nous considérerons l'apparition de la première ménstruation comme normale si elle se montre entre 12 et 16 ans. Avant 12 ans, nous considérerons la ménstruation comme précoce ; après 16 ans la puberté sera tardive.

MENSTRUATIONS PRÉCOCES.

On connaît des observations multiples et avérées de menstruation s'étant produites chez de très jeunes enfants. Le plus souvent, un semblant de puberté accompagne l'apparition des règles qui peuvent ou persister et se reproduire régulièrement ou disparaître après quelques périodes; les organes génitaux subissent un développement prématuré.

Parfois les observateurs ont été induits en erreur dans leur diagnostic de puberté précoce, par des hémorrhagies vulvaires récemment décrites par M. Comby, prenant leur source au niveau de bourgeons charnus très vasculaires qui siégeaient au pourtour du méat urinaire.

Mais souvent aussi l'hémorrhagie, comme il est facile de le vérifier par l'examen des organes génitaux, ne reconnaît pas cette cause et l'on est bien forcé d'admettre une apparition prématurée des règles. Parfois on a pu voir même à la suite de rapports sexuels pratiqués par ces petits « phénomènes » la grossesse survenir prouvant bien que l'aptitude à la conception avait accompagné la puberté; rappelons ici quelques observations de ces faits.

Observation 1

De M. le Dr Comby. In Barbaud et Lefèvre. *Loc. cit.*

Vu une fillette de 11 mois, morte de broncho-pneumonie, à la suite de coqueluche. Cette enfant d'après le récit de sa mère, perdait périodiquement du sang ; à l'âge de 7 mois, ayant eu la variole, ses règles s'arrêtèrent.

Observation 2

De M. le Dr Comby. In Barbaud et Lefèvre. *Loc. cit.*

Une fillette de six ans et deux mois, vue à Vienne chez le Dr Monti le 23 janvier 1891, ayant l'aspect d'une fille de 14 à 15 ans ; brune, taille 1 mètre 18 ; seins pleins, fermes et ronds ; circonférence thoracique 72 centimètres ; bassin 20 centimètres à la crête iliaque, 25 aux trochanters, mont de Vénus couvert de poils ; utérus normal au toucher rectal ; hymen intact. Réglée à deux ans et toujours régulièrement ; mère et 5 sœurs menstruées entre 12 et 14 ans. Bon état général.

Observation 3

De Puech. In Barbaud et Lefèvre. *Loc. cit.*

Une petite fille âgée de 4 ans fut réglée à cet âge ; elle était née le pubis couvert de poils, quatre ans plus tard ayant eu des rapports sexuels avec un homme, elle fut bientôt prise d'inappétence, avec goûts bizarres et vomissements répétés. Etant devenue sérieusement malade, on sut alors qu'à la suite d'une suppression de règles ayant persisté 3 mois elle avait éprouvé d'abondantes pertes de sang coagulé accompagnées de vives douleurs dans le bas ventre. Les seins étaient tuméfiés et sensibles. Deux mois après, elle rendit par les voies génitales un corps gros comme les deux poings et qui n'était autre qu'un embryon de 25 millimètres de longueur et d'un poids de 15 grammes emprisonné dans une masse formée de caillots et de fausses membranes. On se trouvait bien évidemment en présence d'une fause couche remontant à peu près à la 3^e semaine de la grossesse.

Observation 4 (1).

Van Derveer. In Pozzi. *Traité de gynécologie*. Paris 1897.

Enfant réglée depuis l'âge de 4 mois, règles survenant tous les 28 jours, et durant 4 ou 5 jours. A l'âge de 2 ans et 7 mois, elle avait l'aspect d'une fillette de 10 à 12 ans, mamelles développées, ainsi que les organes génitaux externes.

Observation 5

Wallentin. In Pozzi, *loc. cit.*

Enfant réglée depuis l'âge de 15 mois, développement des mamelles et des organes génitaux externes. L'enfant était extraordinairement grande pour son âge ; à 6 mois 1/2 elle avait une taille de 1 mètre 24, poids de 28 kilogrammes, tandis que les chiffres sont pour un enfant de 6 ans, taille un mètre et poids 19 kilogrammes.

1. Pozzi. *Traité de gynécologie* 1897. Paris.

Observation

Diamant. In Porzi, *loc. cit.*

Enfant de 6 ans présentant un développement des organes génitaux et des mamelles analogue à celui d'une fille pubère. Toutes ses dents à la fin de la première année; à 2 ans à peine, la menstruation a commencé et a duré quatre jours. A 6 ans les règles ont cessé et n'avaient pas reparu depuis 6 mois lorsque l'enfant a été examinée. Des crises épileptiformes se sont montrées dès lors à la place des époques menstruelles.

Observation 7

Bertrand (1) In *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie*, 1762. T. 1, page 227.

L'auteur fut mandé pour voir une fillette de 8 ans 1/2, atteinte de coqueluche, délicate, maigre, mais paraissant extraordinairement développée en intelligence pour son âge.

Elle avait été retirée de nourrice à 1 an 1/2 et elle

1. Bertrand. *Loc. cit.*

était réglée depuis ce moment là. Le flux menstruel dura jusqu'à 4 ans 1 2 régulièrement ; puis petite variole. Il cessa alors et il ne se produisit ni pertes blanches, ni dit l'auteur, aucune évacuation.

Les règles ont reparu depuis 15 jours qu'elle est malade d'une coqueluche violente.

LES PUBERTÉS TARDIVES.

De même que dans les cas de pubertés précoces, nous avons vu tous les organes génitaux présenter un développement prématuré alors que bien souvent le corps était toujours celui d'un enfant, de même il n'est pas extrêmement rare de voir des filles dont l'organisme paraît bien développé n'être pas réglées à l'âge habituel, alors que rien dans leur état général ne semble pouvoir justifier une pareille anomalie.

Chez ces dernières on constate un retard dans le développement des organes génitaux et les règles se font attendre jusqu'à 18, 20, 22 ans et même 26 ans. Passé cette époque on ne doit plus considérer ces faits comme des exemples de puberté tardive, mais bien comme la conséquence de vices de conformation des organes génitaux. Le retard dans l'apparition des premières règles, alors que quelques-uns des si-

gues de la puberté se sont déjà montrés, constitue l'aménorrhée primitive. Nous avons séparé à dessein l'aménorrhée primitive, des aménorrhées résultant de la suppression des règles, après qu'elles ont existé, un temps plus ou moins long, ne serait-ce qu'une seule fois.

Les vices de conformation des organes génitaux constituent fréquemment une cause d'absence de la menstruation à l'âge normal de la puberté. Mais il ne faut pas considérer d'emblée, sans un examen sérieux et parfois fort difficile, une fille qui atteindra 22, 25 et même 26 ans sans avoir ses règles, comme présentant un vice de conformation des organes génitaux ; car une foule de circonstances et d'états morbides retardent indéfiniment l'évolution de la puberté ; le surmenage intellectuel, la vie confinée des pensionnats et des ateliers mal aérés, le changement d'existence de la campagne à la ville, le manque d'exercice sont des facteurs qui agissent puissamment sur les organes génitaux de la jeune fille pour en retarder le développement. A ces conditions viennent se joindre toutes les maladies débilitantes, la chlorose, l'hystérie, la tuberculose, et ces trois grandes causes des aménorrhées secondaires sont capables certainement aussi d'empêcher les premières règles d'apparaître.

LES PREMIÈRES RÈGLES

L'enfant a atteint l'âge normal de la puberté, l'organisme maintenant développé est tout prêt à supporter le poids de la nouvelle fonction qui va s'établir, les signes précurseurs que nous avons étudiés se manifestent depuis quelques semaines, quelques mois peut-être déjà : la crise approche. Nous allons voir la jeune fille en proie, pendant quelques jours, à des malaises bizarres, elle devient maussade ou plus triste encore que ces temps derniers, elle a des vertiges, des crises de larmes inexplicables ; le matin après un repos qui aurait dû être réparateur, elle a des bâillements et des envies de dormir. Son appétit est bizarre, elle ne mange rien à l'heure des repas, dans l'intervalle, elle a toujours faim ; elle a des coliques, une pesanteur pénible dans le bas ventre, une douleur sourde à la région lombaire. Les seins sont gonflés et douloureux, son cœur bat violemment, la constipation dont souffrent presque toutes les jeunes filles a fait place chez elle à une diarrhée profuse ; son haleine est fétide, exhale une odeur de sang ou de fer qui, chez certaines femmes, et surtout chez les brunes, peut déceler leur état d'une manière caractéristique. Un bouton d'herpès

constitué par de petites vésicules confluentes a fait son apparition à la commissure labiale. Toutes ces sensations, tous ces phénomènes dont quelques-uns persisteront encore un peu après que l'hémorrhagie se sera fait jour constituent le molimen menstrual ou molimen cataménial. Il ne constitue pas une condition indispensable de la menstruation, mais bien peu de femmes y échapent.

L'hémorrhagie cataméniale peut apparaître à toute heure du jour ou de la nuit, en toutes circonstances, elle peut survenir pendant un bal, dans un bain, la nuit pendant le sommeil. La jeune fille peut être, si elle n'a été prévenue par sa mère, très effrayée et amener par des ablutions froides intempestives une suppression brusque avec toutes ses conséquences. L'hémorrhagie durera environ de 3 à 6 jours. Les deux premiers jours, l'écoulement sera d'abord presque séreux, roussâtre ; peu à peu il prend la coloration ordinaire du sang et vers la fin il redevient moins coloré, mais plus épais qu'au début.

Au début de la crise la perte de sang quoique continue est peu abondante, elle le devient de plus en plus, puis diminue progressivement jusqu'à disparaître, parfois elle s'est interrompue quelques heures.

Il y a dans la durée des règles de grandes variations individuelles ; certains filles très bien portantes seront réglées un ou deux jours seu-

lement, d'autres présentant également tous les signes d'une santé parfaite, verront leurs règles se prolonger pendant 8 jours.

Les auteurs se sont préoccupés de déterminer la quantité de sang perdu à chaque époque menstruelle. Hippocrate estimait à deux cotyles ou 500 grammes la perte des femmes grecques ; Haller l'évaluait à 200 gr. pour l'Allemagne, Smellie à 120 gr., et Friend, à 240 pour l'Angleterre ; Astruc pense qu'elle varie de 250 à 500 gr. pour la France.

Beaudeloque enfin, l'estime de 100 à 120 gr. et son évaluation semble être admise le plus généralement. Outre les tempéraments, les races, le climat qui influent certainement sur la quantité du sang perdu à chaque menstruation, le mouvement et le repos pendant l'époque cataméniale agissent encore en différents sens ; telle femme pour perdre suffisamment ne doit pas rester au repos, telle autre voit le cours du sang arrêté à la moindre fatigue.

Le sang menstruel présente les caractères du sang normal mais avec quelques modifications. Beaucoup d'auteurs ont même avancé que le liquide menstruel n'est pas du sang.

Desormeaux croyait que le sang menstruel se distingue du sang proprement dit en ce qu'il ne renferme pas de fibrine, qu'il ne coagule pas, mais reste toujours collant et poisseux.

Lavagna admet dans le sang menstruel la

fibrine en petite quantité, mais de ce fait il y trouve moins d'azote; en revanche l'acide carbonique y serait en excès, ce qui expliquerait, qu'il se coagule moins. Le microscope y fait découvrir des globules sanguins altérés, de la matière grasse, de l'épithélium vibratile et de l'épithélium pavimenteux.

Le sang menstruel possède des qualités physiques spéciales, il a une couleur particulière qui ne peut être comparée ni à celle du sang veineux, ni à celle du sang artériel; elle est d'un rouge très foncé. Il exhale une odeur spéciale, parfois très pénétrante, il est épais et poisseux. En résumé, le sang menstruel emprunte, nous le croyons, ses propriétés spéciales à son mélange avec du mucus, de l'épithélium et de la sécrétion vaginale acide.

Une fois apparues les règles se répètent tous les mois environ; tous les 28 jours-a-t-on-dit, plus, exactement. Les théories les plus fantaisistes ont voulu expliquer la périodicité de la menstruation et aucune d'elle n'a pu, à notre avis, en donner une explication pleinement satisfaisante.

La menstruation s'est établie, elle s'est répétée plusieurs mois de suite accompagnée chaque fois de son cortège de troubles légers, qui, à chaque période, sont devenus de plus en plus bénins. L'organisme s'est habitué à sa nouvelle fonction, il s'y habitue de plus en plus; la santé,

un temps légèrement ébranlée, redevient parfaite, c'est l'adolescence qui commence et si aucune influence morbide étrangère ne vient troubler cet âge, il constituera une des époques les plus paisibles de la vie féminine. Les règles se reproduiront périodiquement et avec calme jusqu'au jour où le début de la première grossesse viendra en suspendre le cours.

DEUXIÈME PARTIE

LA PUBERTÉ PATHOLOGIQUE

SES ACCIDENTS, SES RAPPORTS AVEC LES MALADIES, SON
INFLUENCE SUR LES DIATHÈSES

Nous venons de voir évoluer la puberté idéale chez un sujet indemne de toute tare organique et qui a échappé pendant toute la durée de cette évolution à l'action des influences morbides ambiantes.

Mais bien souvent les choses ne se passent pas d'une manière aussi heureuse et la jeune fille sort de cette crise profondément atteinte dans un ou plusieurs des systèmes les plus importants de son organisme. Des maladies apparaissent qui vont exercer l'influence la plus fâcheuse sur l'état de santé de sa vie toute entière ; d'autres fois, à la place de ces accidents graves, ou à côté d'eux, on va voir survenir des troubles passagers et bénins qui sous l'influence d'une hygiène sévère et d'un traitement ap-

propriété ne tarderont pas à disparaître. Parfois la puberté apparaîtra au cours d'une maladie aiguë, sans exercer aucune action spéciale sur la marche de cette affection ; tantôt elle en modifiera le pronostic dans un sens ou dans un autre ; on pourra la voir ranimer des diathèses qui paraissaient éteintes, en multiplier les accidents et précipiter leur marche ; on verra aussi, mais plus rarement, certains états morbides subir une amélioration sensible après l'apparition des premières règles.

Tels sont les faits que nous allons passer en revue dans cette deuxième partie de notre travail : nous diviserons leur étude en trois chapitres.

1° Maladies qui apparaissent à la puberté.

2° Action de la puberté sur la marche des affections aiguës.

3° Action de la puberté sur les maladies chroniques et les diathèses.

LES MALADIES QUI APPARAISSENT A LA PUBERTÉ.

Lorsqu'on parcourt les travaux des nombreux auteurs qui ont écrit sur la puberté, on est bientôt frappé de voir la prédilection marquée des accidents et des maladies propres à cet âge pour le système nerveux et pour le système circula-

toire. Nous serions tenté d'aller plus loin encore et de dire que toute la pathologie de la puberté peut se résumer en deux mots : hystérie et chlorose. Il se pourra, en effet, qu'à côté de ces deux types cliniques, nous rencontrions des accidents qui, vraisemblablement, n'ont avec eux aucune parenté, mais combien plus souvent serons-nous forcé de leur imputer une part active dans la genèse de troubles qui à un premier examen en paraissaient absolument indépendants. C'est pourquoi nous commencerons l'examen des maladies de l'âge pubère en étudiant successivement l'hystérie et la chlorose.

L'hystérie.

De toutes les névroses, observées à l'époque de la puberté, l'hystérie est, sans contredit, la plus fréquente; c'est de 12 à 25 ans qu'elle se manifeste le plus souvent pendant cette époque d'agitation mentale qui comme le fait observer M. Pierre Janet (1), comprend non seulement l'âge de la puberté physique, mais encore celui de la puberté morale, où les plus grands problè-

1. Pierre Janet. *L'automatisme psychologique*. Paris. 1889 Dutil. In *Traité de Médecine*. Charcot et Bouchard. *Chapitre hystérie*, 1891, Paris.

mes de la vie : choix d'une carrière, premiers soucis de l'existence, mariage, se posent simultanément.

M. Gilles de la Tourette conteste l'influence de la première menstruation sur l'apparition et le développement de l'hystérie, en appelant l'attention sur ce fait que l'âge a un résultat analogue dans les deux sexes.

Si nous interrogeons les auteurs pour trouver des chiffres comparatifs, nous voyons qu'en 1859 (1) Briquet comptait 11 cas d'hystérie chez l'homme pour 204 cas chez la femme : 1 pour 19 environ. Plus récemment Bodenstein indiquait comme proportions 1 cas chez l'homme pour 10 chez la femme. Enfin les statistiques de M. Marie, tendent à faire admettre l'hystérie mâle comme beaucoup plus fréquente que l'hystérie féminine.

Quoiqu'il en soit de l'influence menstruelle sur l'apparition de la névrose, il est un fait certain, c'est la coïncidence si fréquente et constatée par un grand nombre d'auteurs du début de l'hystérie et de l'époque de la puberté.

D'après les statistiques de M. Landouzy, on verrait se produire :

4 fois l'hystérie de 0 à 10 ans	
45	10 15

1. Briquet, *Traité de l'hystérie*, Paris 1859.

105 fois l'hystérie de 15 à 20 ans
80 — 20 25 —

Ce serait donc de 15 à 20 ans, que la névrose ferait le plus souvent son apparition.

D'après Briquet,

On verrait :

de 0 à 10 ans	66 cas
10 15 —	98 —
15 20 —	140 —
20 25 —	71 —

Les résultats sont, on le voit, à peu près identiques.

Beau dit avoir constaté trente-cinq fois l'apparition de l'hystérie dans l'année qui a suivi l'instauration des premières règles.

Enfin *Bernütz* (1) se basant sur l'examen de toutes les statistiques connues, a pu voir, l'hystérie dans un peu plus de la moitié des cas observés, précéder ou suivre de près la première menstruation.

Pour notre part, nous rapportons deux observations personnelles de crises hystériques ayant débuté à l'époque de la puberté et qui se sont reproduites depuis, fréquemment avec plus ou moins d'intensité aux époques menstruelles. Il

1. Bernütz. *Cliniques sur les maladies des femmes*. Paris 1860.

nous paraît, en conséquence, infiniment probable qu'il existe un rapport de cause à effet entre l'établissement de la fonction menstruelle et l'apparition de l'hystérie.

Quelles sont les conditions qui favorisent particulièrement l'éclosion de l'hystérie à la puberté.

Briquet remarque qu'il n'y a aucun tempérament qui y prédispose d'une manière spéciale. Pour cet auteur, l'hystérie est souvent héréditaire, elle est deux fois fréquente dans les classes pauvres que dans les classes aisées, aussi commune à la ville qu'à la campagne. Une éducation trop dure y conduirait plus facilement qu'une éducation trop douce, et l'alimentation insuffisante favorise mieux son éclosion qu'un régime plus abondant. Les passions tristes, les peines morales y mènent rapidement et ont sur son développement une influence beaucoup plus certaine que les affections des organes génitaux. Le terrain préparé, l'hystérie surviendra à la suite d'une cause déterminante ; ce pourra être une frayeur, des contrariétés prolongées, la vue d'une personne en proie à une crise hystérique, l'ennui du pays natal, le fait d'assister à une scène de violence, la mort d'un parent, ou d'une personne aimée, un traumatisme qui pour certains auteurs déterminerait une névrose spéciale, névrose traumatique que Charcot n'a jamais voulu différencier de l'hystérie la mieux caractérisée, la première apparition des règles, leur suppression brusque, ou

leur non apparition à l'âge normal de la puberté, certaines intoxications par le plomb, l'alcool, le mercure ou le sulfure de carbone, certaines maladies infectieuses, la fièvre typhoïde, la diphtérie, la grippe. Nous avons recherché dans le livre de Briquet (1), les causes déterminantes de 154 cas d'hystérie s'étant produits chez des filles de 12 à 20 ans et nous sommes arrivés aux résultats suivants :

Sur 154 cas.

Les troubles menstruels ont causé 52 fois l'hystérie.

Passions tristes	24	—
Frayeurs	21	—
Suite de maladies longues. .	15	—
Mauvais traitements. . . .	10	—
Fatigues	9	—
Ennuis et préoccupations . .	5	—
Vue de personnes en convulsions.	5	—
Pertes de parents	5	—
Contestations vives.	5	—
Revers de fortune des parents.	2	—
Viol.	1	—

Il est évident que dans cette statistique ce sont les influences menstruelles qui ont déterminé le plus souvent l'apparition des accidents hystériques.

1. Briquet. *Traité de l'hystérie*. Paris, 1857.

Comment va se manifester l'hystérie chez la jeune pubère ? Peu à peu on va voir le caractère de la jeune fille se modifier et s'aigrir, la volonté disparaît chez elle, et, comme le dit M. Huchard, elle ne peut plus et ne veut plus vouloir. Sa susceptibilité devient extrême, elle pâlit, son teint se décolore, à la moindre émotion elle fond en larmes et sanglote ; peu à peu pour un rien, elle est prise d'accès de suffocation, de tremblement et de fourmillements dans les membres surtout dans les membres supérieurs : chez elle, dit Briquet, « le système nerveux devient prédominant ». Là, peuvent s'arrêter les manifestations de l'âge pubère, mais quelquefois les grands symptômes apparaissent. Briquet les range en 7 groupes : les hyperesthésies, les anesthésies, les perversions de la sensibilité, les spasmes, les attaques et les convulsions, les perversions de la contractibilité, les modifications d'exhalation et de sécrétion. Tous ces symptômes, surtout les grandes manifestations convulsives, sont rares à la puberté, ils pourront survenir plus tard, mais à cette époque encore ce sont les phénomènes psychiques qui l'emportent ; les contractures cependant sont encore assez fréquemment observées.

Observation 8 (personnelle).

Hystérie convulsive ayant débuté à la puberté.
Mort à la suite d'éclampsie puerpérale 7 jours après l'accouchement.

P... Marthe, 24 ans, mariée depuis un an, a une mère nerveuse, un père arthritique. Dans son enfance elle a eu des phénomènes méningitiques qui n'ont duré que quelques jours ; l'enfant était extrêmement bien douée au point de vue intellectuel. Réglée à 13 ans, peu abondamment. Trois jours avant l'apparition des premières règles attaque d'hystérie précédée d'une aura. Depuis cette époque, tremblement continu qui au dire des parents de la malade n'a jamais cessé jusqu'aujourd'hui. Très fréquemment, environ à une période menstruelle sur trois, la jeune fille avait dans l'un des deux ou trois jours qui précédaient ses règles une et quelquefois deux attaques de nerfs.

Il y a un an la malade se marie. Son caractère s'assombrit progressivement ; depuis ce moment plusieurs crises se manifestèrent, les trois jours qui précèdent les trois époques menstruelles qui suivirent son mariage. Elle devient enceinte : à ce moment elle présente les stigmates hystériques : hémianesthésie, disparition du réflexe pharyngien. Vomissements incoercibles pendant toute sa grossesse, albumine dans les urines depuis le sixième mois. Cette albumine persiste malgré le régime

lacté. Accouchement à terme d'un garçon bien conformé ; éclampsie puerpérale et mort le septième jour qui suit l'accouchement.

Observation 9 (Personnelle).

Attaque d'hystérie coïncidant avec l'apparition du flux menstruel, et se renouvelant aux époques suivantes.

Cette malade a été observée par nous à la consultation du bureau Central d'admission (mai 1895). Chef de service M. le Dr Delpeuch.

L. Henriette, fleuriste, 15 ans, est amenée à l'Hôtel-Dieu à la consultation du bureau central ; la mère raconte que sa fille est sujette à des crises nerveuses ; la première serait survenue à 13 ans 1/2 chez elle, et en déshabillant l'enfant pour la mettre au lit, elle se serait aperçue pour la première fois que sa chemise était tachée de sang. Depuis ce moment, chaque fois qu'elle attend ses règles, la jeune fille montre un caractère détestable, elle a été, dit la mère, jusqu'à la frapper et les accès de colère se terminent généralement par une violente attaque de nerfs.

En l'examinant nous constatons chez cette malade les stigmates ordinaires de l'hystérie ; hémianesthésie (ici à droite). Disparition du réflexe pharyngien. Cette ma-

lade admise par nous dans un service hospitalier n'a pas été revue.

Observation 10 (Personnelle).

Crise d'hystérie convulsive et coxalgie hystérique datant de l'époque de la puberté.

Guérison de la coxalgie par la suggestion.

La jeune malade qui fait l'objet de cette observation était entrée au mois de novembre 1895 à l'hôpital Tenon, salle Behier, lit 15 bis, service de M. le Dr Gallard. Elle est âgée de 16 ans, et exerce la profession de couronnière.

Son père et sa mère sont morts de la poitrine, elle s'est toujours bien portée jusqu'à l'âge de 12 ans et 3 mois, époque à laquelle elle a été réglée pour la première fois. Deux jours après la fin de ses premières règles, elle a eu une attaque de nerfs très violente et en revenant à elle, elle a senti une vive douleur au niveau de la hanche gauche.

Les jours suivants cette douleur loin de diminuer n'a fait que s'accroître, et peu à peu sa cuisse s'est déviée, la marche est devenue tout à fait impossible. Elle entre à l'Hôtel-Dieu de Rouen dans le service de M. le Docteur Petitclerc ; là on porte la diagnostic d'arthrite tuberculeuse, on lui fait de l'extension continue ; on lui met des pointes de feu et des vésicatoires, elle

sort au bout de onze mois sans aucune amélioration, pendant son séjour à l'hôpital elle est réglée très irrégulièrement et à plusieurs reprises, elle a des crises nerveuses peu intenses coïncidant avec ses époques menstruelles. Ses parents la soignent chez eux pendant 3 ans à Paris; la marche est presque impossible, on continue à faire de la révulsion et on lui donne un traitement général.

Elle entre en novembre 1895 à Tenon pour une légère bronchite. Quelques jours après son entrée dans le service, elle a une violente attaque de nerfs dans la salle des malades; nous commençons à avoir des doutes sur la nature de l'affection de la hanche, la cuisse est en flexion, abduction et rotation en dedans. Il existe de l'ensellure lombaire et un raccourcissement apparent du membre.

Nous demandons à notre chef de service l'autorisation d'endormir la malade et de tenter la réduction de ce que nous pensons dès cet instant n'être qu'une contracture hystérique des muscles de la hanche. La malade est endormie par nous facilement dans son lit en présence de la surveillante de service; la pression des globes oculaires suffit à amener le sommeil; il nous est impossible de réduire complètement la contracture à la première tentative; mais aussitôt la malade réveillée, elle tente de se lever et peut faire quelques pas sans trop de mal.

Trois jours après, nouvelle séance dans les mêmes conditions. Cette fois à son réveil, la malade peut faire le tour de la salle sans appui; dès ce moment nous

lui faisons subir avec l'autorisation de notre Maître un traitement général; Douches, bains sulfureux, li-queur de Fowler.

Elle quitte le service quinze jours après tout à fait guérie. La malade est revenue dans le service 6 mois après pour une bronchite; elle marche très bien et n'a jamais plus eu de crises de nerfs.

Observation 11

In thèse de Barbier. Paris 1849.

Attaques d'hystérie et délire passager débutant à la puberté.

Mlle L..., est âgée de 16 ans, elle est d'une bonne constitution d'un tempérament lymphatique et sanguin. A l'époque de la première apparition de la menstruation le 8 octobre 1842, elle eut une frayeur très vive. Les règles qui avaient déjà coulé pendant deux jours s'arrêtèrent immédiatement et le lendemain se déclara un délire de quelques jours qui reparut pendant cinq mois, deux ou trois jours avant l'écoulement des règles et qui disparut chaque fois presque en même temps que les règles cessèrent de couler.

Un an après, en 1843, de nouveaux accès de délire se reproduisirent pendant quatre mois dans les jours qui précédèrent l'écoulement menstruel. Enfin en octobre 1844, les accès se renouvelèrent avec les mêmes caractères, et comme précédemment, quelques jours

avant l'écoulement des règles. La famille de cette jeune personne la garda jusqu'au mois de janvier 1845. L'accès de ce mois paraissant plus grave que les précédents fut cause qu'on la plaça à la Maison de Santé de Charenton. Son entrée eut lieu le 16 et un délire violent existait déjà depuis quatre jours; il persista jusqu'au 24. Les deux accès qui eurent lieu au commencement des mois de février et de mars ne se prolongèrent point comme celui de janvier. Ils débutèrent avant l'apparition des menstrues et cessèrent avec l'écoulement.

Des bains antispasmodiques seulement furent employés dans l'intervalle de ces deux derniers accès, après celui du mois de mars on y ajouta le valérianate de quinine. Tous ces moyens n'empêchèrent point cette malade de ressentir à la fin de ce mois de mars toutes les souffrances qui lui annonçaient habituellement qu'elle allait avoir un nouvel accès de délire. C'étaient des lassitudes dans les membres, des douleurs dans les lombes, dans l'hypogastre, de la céphalalgie, des vertiges, des coliques, des nausées avec accélération du pouls dont les pulsations s'élevèrent jusqu'à 116 et 120 par minute. Un bain d'affusion à 18 centigradés fit disparaître toutes ces souffrances. Les règles reparurent le lendemain presque sans difficulté et l'accès de délire n'eut pas lieu.

Au mois d'avril, la nuit qui précéda l'apparition des règles, Mlle L..., eut des crises hystériques caractérisées par des cris, des mouvements désordonnés des membres sans convulsions, et par une douleur vive

dans la région hypogastrique, l'écoulement menstruel mit fin à ces désordres.

Au mois de mai, la menstruation s'opéra sans aucune difficulté et il n'y eut aucun désordre dans les fonctions cérébrales.

A la fin de ce mois on permit à la jeune fille de rentrer dans sa famille.

Observation 12

In thèse de Barbier, Paris, 1849.

Attaques d'hystérie et délire passager consécutifs à une aménorrhée primitive.

Mlle M..., est entrée à la maison de santé de Charenton le 13 avril 1844. Elle est âgée de 21 ans, sa constitution est bonne; elle est d'un tempérament lymphatique.

Il n'y a pas d'aliénés dans la famille.

Dans l'enfance pas de maladie grave, pas d'accident, et dans l'ordre des causes morales seulement quelques contrariétés mais qui n'ont eu lieu que longtemps après le début de la maladie mentale. Dès sa première enfance, Mlle M..., a montré un caractère très irritable et d'une si grande indocilité qu'il n'y a pas eu d'éducation possible. S'il faut en croire son père, ce n'était pas l'intelligence qui lui manquait,

mais son caractère était indomptable et ses penchants vicieux.

Mlle M..., n'a jamais été réglée ; vers l'âge où les règles apparaissent ordinairement son caractère devient plus violent, son intelligence s'obscurcit. Elle se plaignait plus souvent de céphalalgie ; elle éprouva des saignements de nez fréquents, des accès de violence plus graves, accompagnés d'un égarement de la raison et de mouvements tumultueux qui paraissent avoir le caractère de convulsions hystériques.

Mlle M..., placée alors dans une communauté par ses parents éprouva à peu près tous les mois des accès ou des convulsions hystériques, précédées pendant quelques jours d'un trouble assez grave dans l'exercice des fonctions cérébrales ; impulsion violente, mouvements irascibles, céphalalgie, insomnie, saignements de nez, etc.

Tel aurait été l'état de Mlle M. jusqu'à l'âge de 21 ans. Ayant alors atteint sa majorité et réclamant contre sa séquestration dans la maison de refuge où ses parents l'avaient placée, elle reptra chez eux, mais à peine de retour dans sa famille, cette jeune fille a éprouvé de violents accès d'hystérie, sa raison s'est complètement égarée. C'est alors que ses parents l'internèrent à la maison de santé de Charenton.

Cet accès dura encore quelques jours, puis la malade en revenant à la raison se montra douce, docile, et se conforma sans difficultés à ce qu'on exigea d'elle. On appliqua à la fin du mois des sangsues à la partie

interne et supérieure des reins pour amener l'évolution des règles (4 pendant 2 jours).

Le 6 mai. — On remarque chez cette malade quelques symptômes qui feraient croire au début d'un nouvel accès ; défiance, un peu de de taciturnité, indocilité, impatience, mouvements de colère, menaces de frapper. Un bain d'affusion à 18 degrés centigrades fait disparaître tous ces signes d'un nouvel accès.

A la fin de ce mois, état mental très satisfaisant (nouvelle application de sangsues).

Le 14 juin. — Les règles paraissent et les bonnes dispositions de Mlle M. se maintiennent.

Le 31 juillet. — Comme les règles étaient revenues à une époque convenable et sans amener aucun dérangement dans la santé de cette jeune fille, elle sort guérie.

LA CONGESTION RACHIDIENNE DE CAUSE MENSTRUELLE

A la suite de l'hystérie nous voulons dire deux mots de la congestion rachidienne de cause menstruelle. Cette affection admise par M. Hallopeau qui déclare cependant n'en pas connaître une observation authentique a été observée par MM. Jaccoud, Niemeyer, M. le professeur Péter ; Hasse, a vu les paraplégies qui en résultaient guéries avec l'établissement des règles ou la fin de l'époque menstruelle. Ces congestions rachidiennes peuvent apparaître à l'époque de la

puberté : elles débutent par des douleurs rachidiennes qui irradient vers le tronc et les membres inférieurs.

A ces douleurs viennent le plus souvent se joindre aux membres inférieurs, des fourmillements, des engourdissements, une parésie légère et même parfois une véritable paralysie : le sphincter anal et le sphincter vésical restent indemnes. Le diagnostic avec la paralysie hystérique est le seul qui présente quelques difficultés ; pour Duchenne de Boulogne il existe une formule qui permet de lever tous les doutes : toute paralysie qui chez la femme présente l'intégrité de la contractibilité électro-musculaire et la diminution de la sensibilité électro-musculaire dépend probablement de l'hystérie ; or, dans la paralysie congestive de cause menstruelle la sensibilité électro-musculaire est toujours intacte. De plus, les phénomènes congestifs de cause menstruelle s'amendent rapidement une fois l'époque passée.

Observation 13 (résumée).

Olivier d'Angers, *In* thèse de Oudiné, Paris 1882.

Chez une jeune fille de 12 ans, il se développa des poussées congestives périodiques sur le rachis au

moment de l'apparition du flux menstruel. Ces poussées congestives se manifestaient par des douleurs dorsales vives, revenant par accès ou accompagnées de dysurie, convulsions, constipation et véritables attaques d'emprostotonos. Aucun trouble des facultés intellectuelles. Un violent coup porté par hasard sur le nez provoqua une épistaxis considérable. A partir de ce moment les accidents cessèrent peu à peu.

Observation 14

Olivier d'Angers, *In* thèse de Oudiné, Paris 1882.
Congestion rachidienne de cause menstruelle. Paraplégie passagère. Guérison.

Une jeune femme étant au moment de ses règles traversa l'eau d'une source à la poursuite d'une vache s'échappant dans les champs.

Les règles se supprimèrent brusquement, en même temps cette jeune femme éprouva de violentes douleurs dans la région lombaire, accompagnées d'engourdissements, puis bientôt de paralysie des membres inférieurs et de la vessie. L'application de quatre sangsues à la vulve et de fomentations sur les lombes la guérirent complètement en sept jours.

Observation 15

Professeur Peter. *In* cliniques de Saint-Antoine, 1876.
Paraplégie incomplète, suite de suppression menstruelle.

Une jeune fille de 22 ans, non hystérique, avait tenté de s'empoisonner. Un médecin appelé aussitôt lui fit prendre un émeto-catharique, à la suite duquel ses règles qui coulaient depuis deux jours s'arrêtèrent brusquement. Le lendemain, on la porta à l'hôpital. Elle accuse des fourmillements dans les membres inférieurs, de la douleur dans les lombes et ne peut se lever sur les jambes.

Le huitième jour de la maladie, le 27 janvier, on la fait lever, elle marche en traînant ses jambes et soutenue par une infirmière. Nous avons affaire là à une paralysie évidente, mais incomplète.

La Chlorose.

La chlorose, dit Ashwell, est une maladie constitutionnelle le plus souvent congénitale, devenant surtout très manifeste vers l'époque de la puberté, quelquefois avant, d'autres fois après.

M. le professeur Hayem a donné de la chlo-

rotique un tableau saisissant ; la peau devient blanche comme de l'albâtre ou jaune verdâtre comme de la cire vieille ; les diverses muqueuses : conjonctivale, labiale, buccale se décolorent ; le visage des chlorotiques prend une expression de langueur et de tristesse toute particulière, les yeux sont cernés et sans éclat, les paupières un peu gonflées, les traits amollis et mal dessinés.

La chlorotique éprouve des palpitations de cœur pénibles au moindre effort ; l'auscultation du cœur fait percevoir des souffles extra-cardiaques, celle des vaisseaux du cou, un bruit de rouet. Il existe le plus souvent de la dilatation stomacale.

Souvent la chlorose apparaît chez la jeune fille quelques mois avant l'âge normal de la puberté ; le plus souvent alors elle retarde l'apparition des règles. Sydenham considérait la chlorose comme une manifestation hystérique, comme une anémie à figure essentiellement névropathique ; elle pourrait servir dans l'étude des maladies de l'âge pubère à établir un trait d'union entre les maladies du sang et les maladies nerveuses.

Nous retrouverons à chaque pas la chlorose en étudiant les premiers troubles de la menstruation et nous verrons que de toutes les perturbations menstruelles il n'en est pas une qu'elle ne soit capable de provoquer.

LES AFFECTIONS CUTANÉES A LA PUBERTÉ

Hébra, énumérant les causes des maladies cutanées ajoute : « il y a différents processus pathologiques, tels que la menstruation et la grossesse qui se traduisent sur la peau par différents symptômes. »

En effet de nombreuses affections cutanées qui, jusqu'à ce moment, ne s'étaient jamais montrées, n'attendent qu'une circonstance favorable pour apparaître.

De ce nombre, nous ne voulons prendre comme exemple que les trois plus fréquentes : l'eczéma, l'acné et l'herpès.

L'eczéma est une maladie des plus fréquentes à la puberté ; elle a une prédilection marquée pour certaines régions, le cuir chevelu, les oreilles, le bout des seins, les régions inguinales, les ailes du nez, les avants-bras.

Les trois observations suivantes parleront mieux que toute description :

1. Danlos, Thèse de Paris 1874, *Les éruptions menstruelles*.

Observation 16 (Résumée).

In thèse de Danlos (1). Paris, 1874.

Eczéma aigu de la face coïncidant avec la menstruation.

Hôpital Saint-Louis. Salle Sainte-Foy.

Fille de 14 ans 1/2 ayant eu à 4 ans de l'eczéma impétigineux du cuir chevelu ; lupus de la joue à la même époque, qui a duré 10 ans et est actuellement presque guéri. A la périphérie du lupus et sur la peau qui la recouvre apparition d'un eczéma aigu. Le lendemain la malade constate pour la première fois des taches de sang sur sa chemise.

La malade quitte l'hôpital quelques jours après avant la seconde époque menstruelle. L'éruption a disparu, aucune influence fâcheuse ne s'est manifestée sur le lupus.

Observation 17

In Barbaud et Lefèvre. *Loc. cit.*

Fille de 15 ans, aujourd'hui mariée, chez laquelle les oreilles, le cuir chevelu, le bout des seins et les ailes du nez étaient envahis par des poussées eczémateuses quelques jours avant l'évolution de ses époques pour

cesser le lendemain ou le surlendemain de leur apparition.

Observation 18

In Vrain (1). Thèse de Paris, 1878.

Une fille de 14 ans 1/2 qui présentait des adénites multiples sous-maxillaires, voit apparaître quelques jours avant sa première menstruation un eczéma de la face droite du cou et de la figure ; la première menstruation est insignifiante ; la malade a été revue une fois le mois suivant.

Observation 19 (Résumée).

In Vrain. Thèse de Paris 1878.

Eczéma des deux avant-bras coïncidant avec la première apparition des règles.

Louise F. 14 ans 1/2 blanchisseuse entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Thomas, service de M. Fournier le 10 mars 1878.

1. Vrain. Thèse de Paris; 1878. *La menstruation et la grossesse dans leurs rapports avec quelques manifestations cutanées diathésiques*,

A 12 ans, gourmes sur la tête ayant nécessité l'épilation, à 14 ans, fièvre typhoïde.

Engorgements sous-maxillaires à plusieurs reprises. Entrée à l'hôpital pour un eczéma sec de la face droite du cou et de la figure. Sur les deux avant-bras au niveau du tiers inférieur, on voit également deux plaques rouges squameuses et sèches affectant une forme cerclée. Ces manifestations existent depuis deux mois, et c'est précisément à cette époque que la malade a vu pour la première fois ses règles se produire ! elles ont été peu abondantes, n'ont reparu depuis que le premier mars sous la forme d'un suintement insignifiant.

Bains d'amidon, enveloppement dans le caoutchouc.

L'acné sébacé apparaît fréquemment à l'époque de la puberté : les auteurs qui l'ont étudié sont aujourd'hui d'accord pour reconnaître à l'acné une origine névropathique influant sur la fonction des glandes sébacées. Or à quel moment de la vie l'influence névropathique est-elle prépondérante si ce n'est à l'âge pubère et, de plus, comme le fait remarquer Kaposi la physiologie nous apprend que pendant la puberté la fonction des glandes sébacées est augmentée en même temps que se fait le développement du poil. Qu'y a-t-il alors d'extraordinaire à ce que chez les prédisposées névropathes la fonction de ces glandes en s'exagérant provoque l'acné.

L'herpès enfin, caractérisé par de petites vési-

cules qui se réunissent pour former une ulcération plus grande apparaît avec les premières règles. Compagnon fidèle des périodes menstruelles, l'herpès accompagnera presque chaque fois la menstruation. Il siège tantôt aux lèvres et c'est là le cas le plus fréquent, tantôt à la vulve ou sur la peau, il apparaîtra sous la forme de petites vésicules qui ne tarderont pas à se rompre, laissant à leur place de minuscules ulcérations qui vont se réunir entre elles et se recouvrir d'une croûte brunâtre.

Sur les muqueuses, l'herpès produit de petites ulcérations circulaires qui se réunissent entre elles pour former une ulcération plus grande à fond grisâtre, et qui ne se recouvrira jamais de croûtes.

L'érysipèle a été longtemps considéré comme en relation étroite avec les fonctions menstruelles; les travaux les plus récents semblent démontrer que ces rapports sont moins intimes que l'on ne le croit généralement.

Chantemesse et Sainton (1) sur 37 cas d'érysipèle n'en ont observé que deux survenus au moment des règles ce qui fait une moyenne de 5 pour cent.

1. Chantemesse et Sainton. *Bulletin de la société médicale des hôpitaux*, 1885.

Salvy (1) sur 487 cas en a observé 28 ce qui donne 5.74 0/0.

Roger (2) sur 323 cas en a observé 13 ce qui donne 4,30 0/0.

Tous ces chiffres concordent sensiblement et ne laissent guère à la menstruation qu'une part de 5 0/0 environ dans l'étiologie de l'érysipèle ; il nous paraît difficile d'admettre dans ces conditions l'érysipèle cataménial comme entité morbide ; il serait plus exact de l'appeler érysipèle des femmes menstruées, nom qui ne viserait que la circonstance dans laquelle se produit parfois l'affection, sans rien préjuger de sa nature.

LA PUBERTÉ ET LES AFFECTIONS DES YEUX.

La puberté et la menstruation ont droit à une place dans l'étiologie de certaines affections oculaires ; ces affections peuvent atteindre toutes les parties de l'appareil visuel et revêtir des formes cliniques graves à pronostic sérieux : Si nous interrogeons les auteurs qui ont étudié les maladies des yeux, nous en trouvons un grand

1. Salvy. *Des rapports de la menstruation et de l'Érysipèle*, Thèse de Paris, 1896.

2. Roger. *Revue de médecine*, 1895. *Erysipèle et menstruation*.

nombre qui rapportent des observations d'affections oculaires consécutives à la menstruation.

Puech (1) rapporte les observations de :

2 kératites interstitielles.

2 iritis.

1 choroïdite avec hémorrhagie.

1 névrite optique.

1 décollement de la rétine.

Caudron (2) rapporte l'observation d'une double choroïdite exsudative et d'une irido-choroïdite.

Pechlinius (3) cite un cas d'amblyopie de cause menstruelle chez une jeune fille de 16 ans, ayant déjà été réglée deux mois de suite et dont la troisième époque se faisait attendre.

Brierre de Boismont (4) rapporte une hémorrhagie de la chambre antérieure de l'œil.

Tyrrel, cité par Danthon (5), publie les observations d'hémorrhagies intra-oculaires chez des filles de 12 à 15 ans non encore réglées et chez qui les accidents cessent lors de la première menstruation.

Schwanzy (6) cite six cas d'iritis et d'irido-

1. Puech. *Loc. cit.*

2. Caudron. *Loc. cit.*

3. Pechlinius. *Loc. cit.*

4. Brierre de Boismont. *Loc. cit.*

5. Danthon. *Loc. cit.*

6. Schwanzy. *Loc. cit.*

choroïdites chez de jeunes pubères mal réglées.

Dehenne (1) cite un cas d'iritis.

Pargoire (2), enfin rapporte dans sa thèse deux observations personnelles que nous reproduisons en entier et qui sont extrêmement intéressantes ; l'une d'elles a trait à une irido-choroïdite ayant débuté à la puberté et subissant des exacerbations cataméniales, la deuxième vise une embolie de l'artère centrale de la rétine chez une anémique à la puberté.

Observation 20

In thèse de Pargoire. Paris 1892.

Embolie de l'artère centrale de la rétine chez une anémique à la puberté.

Maria G..., est âgée de 18 ans. Elle n'a jamais été malade bien que de constitution assez délicate. Elle a été réglée pour la première fois à 16 ans, règles irrégulières et douloureuses. Depuis la puberté, elle présente les symptômes d'une anémie bien caractérisée ; pâleur de la face, blancheur des muqueuses gingivale et conjonctivale, palpitations au moindre effort, troubles gastriques ; anorexie avec quelques vomissements.

1. Dehenne. *Loc. cit.*

2. Pargoire. Thèse de Paris, 1892. *De la menstruation en pathologie oculaire.*

L'année dernière au mois de septembre, c'est-à-dire 7 à 8 mois après l'apparition des premières menstrues et sans que sa santé présentât le moindre trouble, sauf son anémie habituelle, à une époque qu'elle croit pouvoir affirmer être celle de ses règles, elle s'aperçut un matin en se levant qu'elle ne voyait presque plus de l'œil droit. Un grand brouillard lui voilait les objets qu'elle regardait ; ces phénomènes ne se sont pas modifiés depuis, elle n'a d'ailleurs consulté aucun médecin ni subi aucun traitement.

Etat actuel du 6 novembre 1891 : Cette jeune fille paraît assez forte, elle est pourtant encore pâle, légèrement anémique (souffle léger à la base du cœur, palpitation, troubles dyspeptiques, règles irrégulières). Elle voit à peine pour se conduire de l'œil qui d'ailleurs s'est dévié en strabisme externe.

EXAMEN OPHTALMOSCOPIQUE.

Œil droit : papille très blanche, artères réduites à des cordons filiformes disparaissant même en certains endroits. Taches de pigment disséminées irrégulièrement sur la rétine.

Œil gauche : Hypermétropie.

C'est donc une atrophie papillaire, consécutive à une embolie de l'artère centrale de la rétine.

Observation 21

In thèse de Pargoire, Paris, 1892.

Irido-choroïdite ayant débuté à la puberté avec exacerbations cataméniales.

Mlle Elise S..., couturière, est âgée de 24 ans. Ses antécédents héréditaires et personnels sont excellents : aucune trace de syphilis ni de rhumatisme. Elle a toujours joui d'une santé parfaite. Les premières règles apparaissent vers l'âge de 15 ans. Elles sont accompagnées de douleurs très vives autour des orbites. Les yeux rougissent, la vue se brouille ; cependant la malade dit n'avoir jamais été dans l'impossibilité de se conduire pendant un temps quelconque. Depuis lors la rougeur a disparu, mais les douleurs et les troubles de la vue persistent et s'exagèrent au moment des règles. Les yeux rougissent alors, la douleur s'accroît. La menstruation est d'ailleurs irrégulière et douloureuse. L'état s'aggrave de plus en plus, la vision diminue. La malade se décide au mois d'août 1891 à se faire opérer à l'Hôtel-Dieu. Cependant la vue s'affaiblit toujours et le travail devient impossible ; les douleurs augmentent, aussi la malade se présente-t-elle à la consultation des Quinze-Vingts le 7 mars 1892.

Etat actuel, état général bon, aspect robuste. Iridectomie en bas et en dedans. L'iris est pâle, décoloré.

Pas de taies, pas de douleurs spontanées, douleurs à la pression. Les yeux sont noirs.

De l'œil gauche la malade ne peut compter les doigts.

L'œil droit a une acuité visuelle de 1/10.

Les deux yeux surtout le gauche sont difficilement éclairables.

Nombreux flocons dans le corps visuel.

Ce cas nous paraît concluant et doublement intéressant, car il s'agit d'une irido-choroïdite dont l'origine remonte à la puberté et qui exagère ses symptômes à chaque époque menstruelle, et cela depuis près de 9 ans. L'organe de la vision était ici excellent, la santé générale ne laissait rien à désirer, vient la puberté et la scène change; règles douloureuses, yeux malades. On pourrait dire aujourd'hui yeux perdus.

LA PUBERTÉ ET LES MALADIES DU CŒUR.

Les maladies du cœur agissent sur la puberté pour la reculer ou l'avancer. Les auteurs sont d'accord pour admettre que dans les cardiopathies, les lésions aortiques avancent la puberté et que les lésions mitrales la retardent (Guilmard) (1).

Pour mettre la question en pleine lumière nous ne pouvons mieux faire que de rapporter

1. Guilmard. Thèse de Paris, 1893.

en entier la statistique de M. Durozier (1), communiquée à la société de médecine de Paris en 1895.

M. Durozier admet que les Françaises sont réglées normalement de 13 à 16 ans et prend comme âge moyen 14 ans $1/2$. La menstruation est anormale pour lui avant 13 ans et après 16 ans.

Il a été examiné 1.042 cardiaques :

Chez 570 la menstruation a été normale.

472 id. anormale.

Sur 472 cas anormaux 202 étaient précoces.

id. 270 étaient tardifs.

Il divise ensuite les maladies du cœur en trois classes :

1° Les maladies où le chiffre des cas normaux est à peu près égal à celui des cas anormaux.

Dans ce groupe se trouvent 235 cas normaux.

id. 232 cas anormaux

Le rétrécissement mitral pur figure avec 89 cas normaux et 84 cas anormaux.

L'insuffisance mitrale figure avec 33 cas normaux et 30 cas anormaux.

Le rétrécissement mitral avec rhumatisme, 64 cas normaux et 64 anormaux.

Le rétrécissement et insuffisance aortiques 20 cas normaux et 20 anormaux.

1. Durozier. *France médicale* du 21 juin 1895.

Le rétrécissement aortique, 2 cas normaux et 2 anormaux.

Le rétrécissement et insuffisance mitrale, 27 normaux, 32 anormaux.

Deuxième classe. — Cette classe comprend les maladies dans lesquelles le nombre des cas normaux égale presque deux fois celui des cas anormaux.

	cas normaux	cas anormaux
Chlorose.	54	5
Insuffisance aortique.	9	28
Lésions combinées, aortiques et mitrales	148	74
Tachycardie	9	4
Lésions du cœur mal définies.	»	»
Myocardites, artério-sclérose, avec ou sans rhumatismes	89	61
Insuffisance tricuspide.	16	10

En tout 325 cas normaux pour 132 anormaux.

Troisième classe. — Dans cette classe les cas anormaux l'emportent tout à fait.

1° Maladies de Basedow, 7 cas normaux, 11 anormaux.

2 Malformations, 7 cas normaux, 11 anormaux.

M. Durozier recherche ensuite si dans les

grandes classes de maladies ce sont les retards ou la précocité qui dominent.

Chez les aortiques c'est la précocité qui domine 20 cas avant 13 ans, 8 cas après 16 ans.

Dans les lésions de la mitrale, ce sont les retards qui dominent : 127 cas avant 13 ans, 172 après 16 ans.

Dans le goître exophtalmique il y a prédominance de la précocité : 10 cas avant 13 ans, 6 cas après 16 ans.

Dans les malformations congénitales du cœur nous trouvons : 1 cas avant 13 ans, 10 cas après 16 ans, il y a donc presque toujours retard.

Telle est l'influence des maladies du cœur sur la puberté.

Il n'est pas rare non plus d'observer à cette époque des dilatations cardiaques et des palpitations nerveuses.

LES DÉVIATIONS DE LA COLONNE VERTÉBRALE.

La puberté est l'âge où se montrent le plus souvent les déviations de la colonne vertébrale : lorsque ces déviations existaient déjà elles subissent une accélération dans leur marche au moment des premières règles. Trousseau (1)

1. Trousseau. *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu de Paris* 1885. Tome III, page 522.

explique ce fait de la manière suivante : l'âge de la puberté est celui qui se rapproche le plus de l'enfance ; dans les premières années la croissance est extrêmement rapide et si l'enfant continuait à grandir après 3 ans comme il l'a fait depuis sa naissance, il acquerrait bientôt une taille de géant. Après 3 ans cette croissance se ralentit jusqu'à l'époque de la puberté pour reprendre de nouveau son cours à ce moment avec une rapidité extrême. L'accroissement du corps se fait presque entièrement suivant Gendrin aux dépens de la colonne vertébrale et il est logique de considérer cette activité de développement comme la cause des déviations rachidiennes qui se produisent à ce moment. C'est encore le moment où suivant Trousseau on voit le plus souvent s'établir l'ostéomalacie ou rachitisme des adultes.

Enfin pour être aussi complet que possible signalons encore l'apparition fréquente de trois névroses ; la chorée, le goitre exophtalmique et l'épilepsie.

Iheilhaber (1) a étudié ces rapports entre le développement du goitre exophtalmique et les modifications des organes génitaux chez la femme. Il considère le goitre exophtalmique comme capable de déterminer une atrophie

1. Iheilhaber. *Rapports de la maladie de Basedow avec les modifications de l'appareil génital, in revue de Fagen 1896.* Tome 47 page 581.

passagère de tout l'appareil génital ou d'une de ses parties et d'entraîner une aménorrhée primitive qui cesse le plus souvent avec une amélioration de la maladie de Basedow.

LA PUBERTÉ ET LES MALADIES AIGUES.

La puberté ne paraît pas avoir une influence bien marquée sur l'évolution des maladies aiguës. Pendant cette période de transition où l'organisme lutte péniblement pour rétablir l'équilibre de ses forces, on conçoit que l'action des influences morbides ambiantes soit plus à redouter; et de fait les maladies infectieuses : les fièvres éruptives notamment seront fréquentes à l'âge pubère. Certains auteurs ont même voulu voir en la puberté une entité morbide : nous ne partageons pas cette manière de voir ; nous avons étudié les maladies qui naissent à cette époque, nous savons qu'elles sont fréquentes, parfois graves, mais nous connaissons aussi de nombreux exemples de puberté qui ont évolué de la manière la plus complète sans qu'un seul de ces troubles soit jamais venu se produire.

Les maladies infectieuses aiguës, les fièvres éruptives, scarlatine, rougeole, oreillons, apparaissent fréquemment à la puberté et les exem-

ples que nous en avons pu voir nous-mêmes, nous portent à ne pas les considérer comme plus graves à cette époque que plus tard ; au contraire l'évolution s'en fait le plus souvent d'une manière tout à fait normale et la guérison ne tarde pas à se survenir.

Cependant il est une remarque que nous tenons à faire ici. La période d'invasion des maladies infectieuses paraît faire avancer de quelques semaines même l'époque menstruelle suivante, ou la première apparition des règles si elle est imminente.

Obermeier (1) a étudié ce fait pour la variole et il est arrivé aux conclusions suivantes :

Le fait d'une époque menstruelle voisine agit en raccourcissant la période d'incubation de la variole.

La menstruation survient ordinairement avec le premier stade de la maladie et se poursuit jusqu'à la période d'éruption.

Dans la moitié des cas, les menstruations coïncident avec l'invasion de la maladie ce qui semble résulter d'une modification probable de la durée de l'incubation.

Ce qu'Obermeier a constaté pour la variole a été constaté aussi par différents auteurs, notamment par Raciborsky pour d'autres maladies

1. Obermeier, *Loc. cit.*

infectieuses : la scarlatine, la rougeole, le typhus.

Gubler a contesté ces faits et a prétendu que ces hémorrhagies utérines du début des maladies infectieuses ne reponaient pas à l'hémorrhagie cataméniale, mais constituaient des hémorrhagies spéciales sous l'influence de la pyrexie, de véritables épistaxis utérines.

LA PUBERTÉ ET LES DIATHÈSES

Il est un fait hors de doute, c'est que la puberté exerce une action évidente sur toutes les diathèses préexistantes, héréditaires ou acquises ; nous allons passer en revue les principales d'entre elles et exposer brièvement, mais avec autant de précision que nous le pourrons le résultat de nos observations à ce sujet.

La syphilis.

Au point de vue de l'action de la puberté sur la syphilis nous diviserons les sujets qui en sont atteints en deux grandes classes :

Dans la première nous rangerons ceux qui

sont atteints de syphilis héréditaire et à qui l'on a fait suivre depuis la naissance un traitement spécifique.

Beaucoup de petites syphilitiques succombent les premiers jours qui suivent la naissance des suites de la cachexie, mais il en est cependant chez qui l'influence bienfaisante du traitement spécifique arrive à faire disparaître peu à peu tous les accidents de la syphilis héréditaire précoce; l'état général s'améliore et sans arriver jamais cependant, à part peut-être de rares exceptions à constituer des sujets très robustes, l'adolescence se passe chez elles sans qu'aucun accident grave vienne troubler leur santé.

La deuxième classe que nous voulons examiner comprend les sujets atteints malgré leur jeune âge de syphilis acquise ou de syphilis héréditaire non ou insuffisamment traitée.

Chez celles dont la syphilis est acquise, et l'on sait qu'en dehors des causes génitales la contagion de la redoutable affection est fréquente, nous avons vu plusieurs fois des accidents tertiaires cérébraux très graves survenir à l'époque de la puberté et emporter en quelques jours les jeunes malades. Chez celles dont la syphilis est héréditaire et qui n'ont pas été traitées ou qui l'ont été insuffisamment, on peut assister à l'éclosion de tous les accidents qui constituent la syphilis héréditaire tardive.

Cette syphilis héréditaire tardive extrêmement fréquente chez les jeunes Arabes où tout traitement médical était jusqu'à ces dernières années absolument proscrit, commence à se manifester à l'âge de la puberté par des symptômes graves constitués comme les lésions de la syphilis tertiaire par un processus gommeux ou scléreux. Ces lésions peuvent affecter tous les systèmes de l'économie et il est aisé de comprendre que leur gravité dépendra surtout de leur localisation : les statistiques du Professeur Fournier mettent en première ligne de fréquence les affections oculaires, puis les lésions des os, les gommes cutanées, les lésions de la gorge, les gommes du larynx, les symptômes d'ordre cérébral et les troubles auditifs. On comprend tout le danger de ces accidents. Si un traitement très énergique n'intervient pas le pronostic est des plus sévères. Parfois même, surtout dans les accidents cérébraux, les lésions continuent leur marche progressive et la mort en est la terminaison habituelle.

LA TUBERCULOSE

On admet communément aujourd'hui que la tuberculose n'est pas transmissible directement par hérédité ; on ne naît pas tuberculeux, on naît

tuberculisable, ce qui, dans la majorité des cas, nous a paru bien équivalent.

Chez les sujets nés de souche tuberculeuse l'enfant présente dans les premières années, des signes de bacillose. On assiste souvent à l'âge de la puberté à une aggravation de la maladie, dont la marche paraissait ralentie; il est malheureusement trop fréquent de voir apparaître à cette époque toutes les lésions des tuberculoses locales qui pullulent dans tous nos services de chirurgie infantile; ce sont les lésions de la coxalgie, les tumeurs blanches du genou, du poignet, du coude, les adénopathies multiples.

D'autres fois nous avons vu des fillettes qui avaient présenté pendant toute leur enfance des signes certains de tuberculose pulmonaire et dont l'état général était très médiocre, réagir à l'époque de la puberté sous l'influence de la cure d'air et arriver à des guérisons qui cliniquement nous ont paru complètes et dont plusieurs en tous cas sont durables.

D'autres fois encore nous avons vu chez des jeunes filles paraissant jouir de la santé la plus brillante, la tuberculose s'établir insidieusement à la puberté à la faveur d'un léger refroidissement greffé sur la congestion pulmonaire qui accompagne souvent la menstruation; dans deux de ces cas dont nous avons conservé un souvenir exact, et où les bacilles furent constatés quelques

mois après dans les crachats, un léger amaigrissement se produisit et la tuberculose a paru dès lors affecter une forme torpide.

Les maladies du cœur sont influencées d'une manière très fâcheuse par la puberté et subissent une accélération dans leur marche.

Enfin toutes les maladies nerveuses et mentales, la chorée, l'épilepsie, les démences précoces subissent du fait de la première éruption menstruelle la plus détestable influence.

TROISIÈME PARTIE

LES PREMIERS TROUBLES MENSTRUELS

Dans la troisième partie de ce travail il nous reste maintenant pour arriver au but que nous nous sommes proposés à étudier les premiers troubles menstruels c'est-à-dire ceux qui surviennent dans les premières années qui suivent l'apparition des règles.

L'étude de ces troubles a une grande importance pratique, car tous les accidents qui viennent fondre sur la jeune fille à l'époque de la puberté sont bien moins du domaine de la menstruation elle-même que la conséquence des perturbations variées qu'elle peut présenter.

Nous diviserons ces troubles pour les étudier en cinq grandes classes : les dysménorrhées, les ménorrhagies, les aménorrhées, les déviations menstruelles, enfin les troubles fonctionnels, qui résultent de vice de conformation des organes génitaux.

LES DYSMÉNORRHÉES

La dysménorrhée, dit Siredey, est une menstruation difficile. Cette définition ne satisfait pas complètement l'esprit. En effet presque toutes les jeunes filles, sans pouvoir être qualifiées de dysménorrhéiques éprouvent à chaque époque menstruelle un ensemble de malaises vagues, de troubles mal définis dont nous avons vu l'ensemble constituer le molimen menstruel, suivi bientôt de l'apparition des règles normales. La dysménorrhée au contraire consiste essentiellement dans l'irrégularité de la menstruation et dans l'exagération des phénomènes du molimen menstruel qui l'accompagnent.

Symptômes. — Les symptômes de la dysménorrhée consistent essentiellement en l'exacerbation des prodromes menstruels. Si chez beaucoup de femmes les règles surviennent annoncées par quelques bouffées de chaleur au visage ou par quelques douleurs vagues à la région lombaire, il va en être tout autrement chez la dysménorrhéique. La jeune fille éprouve quelques jours à l'avance, parfois quelques heures seulement, des douleurs lombaires qui peuvent devenir très intenses. Des coliques d'abord sourdes, puis de plus en plus aiguës apparaissent. Le ventre se ballonne et sa partie sous-ombilicale devient extrêmement sensible à

la pression, surtout au-dessus des plis inguinaux et au niveau des ovaires.

La vulve se tuméfie, s'injecte et devient le siège d'un prurit intense; il existe du ténesme anal et vésical et à ce moment, des malades ordinairement très constipées sont prises de diarrhées profuses.

Le facies est altéré : les yeux sont excavés, cernés d'une ligne noirâtre, le regard exprime la douleur ou l'abattement suivant l'intensité des phénomènes.

Parfois les symptômes s'exagèrent encore, on assiste à des accidents rappelant absolument par leur gravité et la soudaineté de leurs approches l'inondation péritonéale; cette hématocele cataméniale décrite par Trousseau a vu sa réalité contestée ces dernières années, en particulier par M. Segond. Ce type de dysménorrhée qu'on pourrait appeler dysménorrhée paroxystique, débute soudainement. La malade perçoit tout à coup au milieu de ses occupations une douleur atroce dans l'abdomen, elle est anxieuse, et a les traits tirés. Le facies devient péritonéal, le visage est décoloré, les extrémités sont froides, le pouls est petit et rapide; il existe du ballonnement de l'abdomen qui est extrêmement douloureux à la pression. Parfois il existe des vomissements.

La température n'est pas élevée, parfois même on constate de l'hypothermie. Sous l'influence du repos on voit les jours suivants apparaître

les règles et tout rentre dans l'ordre. Nous reproduisons plus loin, une observation inédite de dysménorrhée appartenant à ce type brusque et que nous devons à l'amabilité de notre excellent maître M. le Dr Galliard.

On a divisé les dysménorrhées : en dysménorrhées nerveuses, dysménorrhées congestives, dysménorrhées mécaniques, dysménorrhées pseudo-membraneuses

La dysménorrhée nerveuse est celle qui existe sans aucune lésion dans la texture de l'utérus : elle est liée pour Aran à l'hystérie ou à des troubles nerveux de l'utérus. C'est la vraie dysménorrhée de l'âge pubère ; elle se caractérise par une série d'accidents nerveux qui se produisent les jours qui précèdent les règles et qui généralement s'amendent à l'apparition de la première goutte de sang et disparaissent bientôt.

Dans la *dysménorrhée congestive*, il se manifeste quelques jours avant les règles des phénomènes de la congestion utéro-ovarienne la plus intense. Bientôt survient un écoulement sanguin abondant qui met fin à cet état.

Dans la *dysménorrhée mécanique*, les phénomènes douloureux sont des phénomènes d'excrétion ; les règles ont de la peine à s'établir, le sang a du mal à s'écouler au travers d'un canal cervico-utérin insuffisant pour lui livrer passage et détermine les plus atroces douleurs. Ces phénomènes douloureux n'apparaissent pas

les jours qui précèdent l'éruption des règles, ils l'accompagnent seulement et se répètent régulièrement avec une intensité croissante à chaque période.

La dysménorrhée membraneuse est caractérisée par l'expulsion à chaque époque menstruelle d'une production membraneuse que Oldham (1) a comparé à la membrane caduque et dont le rejet est précédé des signes ordinaires de la congestion utérine. A l'époque des règles, dans les dysménorrhées membraneuses on constate les signes ordinaires des dysménorrhées, de la douleur au niveau des ovaires, et parfois une certaine résistance. Si le flux tarde à apparaître, le corps de l'utérus s'engorge surtout à sa partie postérieure, il peut survenir une rétroversion; enfin, le flux survient après un redoublement des douleurs et après quelques efforts la malade expulse une membrane dont l'aspect est varié; tantôt c'est une poche triangulaire rappelant la forme de la cavité utérine; parfois un simple tube, parfois encore des lambeaux plus ou moins larges. La dysménorrhée membraneuse est de toutes les dysménorrhées la plus pénible et malheureusement aussi la plus rebelle à tout traitement.

Quels traitements ferons-nous subir aux malades dysménorrhéiques. Tout d'abord nous n'au-

1. Oldham, *Remarques sur 2 formes de dysménorrhée*. loc. cit. Paris 1847.

rons en vue ici que les dysménorrhées de l'âge pubère, dont les dysménorrhées nerveuses sont le type le plus fréquent. Avant tout à notre avis nous prescrivons le repos au lit ; cette condition est souvent suffisante pour calmer les douleurs, et peut même, lorsqu'elle est pratiquée de parti pris chaque fois que l'époque menstruelle devient imminente, empêcher le retour des phénomènes douloureux aux époques suivantes :

Contre la douleur on prescrira les lavements laudanisés, les grands cataplasmes laudanisés sur le ventre, les bains de siège. Contre le retour des phénomènes douloureux on instituera un traitement général sévère dans l'intervalle des époques ; les douches froides en jet, avec frictions à l'alcool, le séjour à la campagne seront souvent suffisants pour rendre à l'avenir les règles moins pénibles. Lorsque malgré tous ces soins, la jeune fille sentira que la crise va de nouveau se produire avec son intensité habituelle on sera autorisé à prescrire avec prudence quelques-uns des médicaments qui jouissent d'une confiance méritée : Sigaut (1) dans sa thèse recommande l'extrait fluide de seneçon à la dose de 20 gouttes, trois ou quatre fois par jour. D'après MM. Heim et Dalché, ce médicament serait très efficace dans la dysménorrhée nerveuse sans lésions de l'utérus.

1. Sigaut. Thèse de Paris 1896. *Le Seneçon contre la dysménorrhée.*

Joret (1) et Baillot (2), recommandent l'emploi de l'apiol, alcaloïde du persil à la dose d'une capsule de 0,25 centigrammes prise matin et soir quelques jours avant l'époque présumée des règles.

Nous avons vu d'excellents résultats dans des dysménorrhées durant depuis assez longtemps cependant, à la suite de l'administration du bromure de potassium à la dose d'un gramme en potion les quelques jours qui précédaient les règles.

Observation 22

Due à la bienveillance de notre maître M. le Dr L. Galliard,
médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Crise dysménorrhéique avec collapsus. Guérison. Récidive au bout de 2 mois. Pas de suites fâcheuses,

Mlle X..., 21 ans, a un père rhumatisant, une mère atteinte de fibrôme utérin, un frère et deux sœurs en bonne santé. Dans son enfance elle a eu la rougeole et la scarlatine. En janvier 1886, diphtérie grave sans envahissement du larynx et sans complications ; seconde diphtérie en décembre 1891 et janvier 1892, sans

1. Joret. *Loc. cit.*

2. Baillot. *Loc. cit.*

fièvre, localisée aux amygdales. Souvent des angines légères, du coryza avec des ulcérations, de la tuméfaction des ganglions cervicaux, plusieurs séjours à Salies-de-Béarn et aux bains de mer ; médication martiale et iodique. Pas de chlorose.

La menstruation a commencé sans incident à l'âge de 14 ans. Pas d'irrégularités, pas de douleurs, pas de prolongation anormale des périodes.

Le 13 mars 1894, à midi, Mlle X... étant assise au piano, éprouve une douleur atroce au côté gauche de l'abdomen. Elle appelle à l'aide et s'assied d'abord sur une chaise puis se fait conduire dans sa chambre qu'elle gagne péniblement, en parcourant à pied la distance qui la sépare du salon. On la couche et on m'avertit immédiatement par le téléphone, de telle sorte que j'arrive à une heure.

Je trouve la malade anxieuse, se plaignant de coliques très douloureuses, attendant ma visite avec impatience. Elle a les traits tirés, le faciès péritonitique, le visage décoloré, les extrémités froides, le pouls petit et rapide. En examinant l'abdomen je constate un ballonnement modéré ; pas de tumeur, pas de résistance très marquée à la main qui palpe. C'est au niveau de la fosse iliaque gauche que je détermine la plus exquise douleur.

S'agit-il d'un étranglement interne, d'une péritonite par perforation, d'une hémorrhagie intra-péritonéale ?

La malade n'avait pas de constipation opiniâtre ; elle n'a pas vomi ; elle n'a pas de rétention des gaz. Je sais qu'elle n'a jamais eu de troubles gastrique ou intesti-

nal faisant prévoir une rupture du tractus digestif. J'apprends qu'elle attend ses règles pour le jour même ou pour le lendemain. Je suppose donc une hémorrhagie intra-péritonéale venant de l'ovaire gauche.

N'ayant pas de seringue de Pravaz sous la main, je me contente de prescrire immédiatement un lavement contenant 20 gouttes de laudanum. Je prescris en outre quatre sangsues à appliquer à la région iliaque gauche. Cataplasmes de fécule très chauds, sinapismes sur les cuisses. Morceaux de glace à sucer. S'abstenir de boissons. Boules d'eau chaude dans le lit.

Je retourne auprès de la malade à 4 heures après-midi, bien décidé à pratiquer une injection de morphine mais la douleur est beaucoup moins vive. L'amélioration est attribuée par l'entourage à un vomissement qui s'est produit vers 2 h. 1/2 ; la malade a rejeté du liquide ingéré avant ma première visite. Pas de bile, pas de sang. Les extrémités sont encore froides, mais le facies est moins mauvais. Pouls filiforme. La malade a émis un peu d'urine.

A 7 heures du soir, léger mouvement fébrile T. axill, 38,3. P. 124. Pas de vomissement nouveau. J'autorise un peu de lait froid. Cataplasmes chauds sur l'abdomen. La malade prend vingt gouttes de la solution de chlorhydrate de morphine à 1/100. Pas d'injection sous-cutanée de morphine.

Le 14 mars. — La nuit a été assez bonne. La douleur existe encore à gauche ; elle est exaspérée par la palpation. Météorisme peu accentué. Pas d'évacuation, pas de vomissement. Langue chargée saburrale, T.

38,2, P. 120. Le pouls est petit. Les extrémités sont chaudes. Je remarque que la chemise est maculée de quelques gouttes de sang; donc mon diagnostic se confirme.

D'ailleurs pas d'accentuation des symptômes de péritonite, pas de signes d'occlusion intestinale. Encore trois sangsues à la paroi abdominale à gauche; cataplasmes chauds, laudanisés. Une tasse d'infusion d'absinthe. Lait froid, bouillon froid. Le soir, 39,3. La face est animée, le pouls rapide. Douleurs de ventre plus vives. Un vomissement bilieux dans la journée. L'urine est rare, sédimenteuse, non albumineuse. L'écoulement sanguin est très faible. Je prescris encore une tasse d'infusion d'absinthe et, pour la nuit, vingt gouttes de la solution de morphine.

Le 15 mars. — La nuit n'a pas été calme. T. 38,1. Constipation. Douleur persistante à la région iliaque gauche. Pas de tumeur, météorisme assez accentué. Il y a des nausées mais pas de vomissements. Pas de hoquet. Langue sale. Le flux menstruel n'est constitué que par l'écoulement de quelques gouttes de sang. Je prescris un lavement d'eau de guimauve de 500 grammes, lait, bouillon. Cataplasmes chauds. Pas de sangsues.

Le soir, 38,7. Le lavement n'a amené qu'une petite quantité de matières dures. Encore vingt gouttes de la solution de morphine.

Le 16 mars. — Amélioration notable bien que le sang cesse de couler. Cataplasmes chauds, sinapismes aux cuisses. Encore un lavement d'eau de guimauve.

Le soir, 38,1. P. 112.

Le 17 mars. — La malade a dormi sans morphine. Ventre plus souple. Je ne constate pas de tumeur au niveau de l'ovaire gauche. Pas d'écoulement de sang. La malade demande à manger. J'autorise seulement du lait et du bouillon. Le soir, 37,6. On donnera demain matin de bonne heure une cuillerée d'huile de ricin.

Le 18 mars. — L'huile a déterminé une évacuation peu copieuse. Apyrexie, P. 96. La langue est moins sale, l'état de l'abdomen est meilleur; souplesse, peu de sensibilité à la pression. La malade n'a besoin ni de morphine, ni de laudanum; on se contente de lui appliquer des cataplasmes. Je m'abstiens de retourner auprès d'elle le soir.

Le 19 mars. — L'amélioration progresse. Encore une dose d'huile de ricin. La malade ne quitte pas le lit.

Le 20 mars. — Bon état, l'endolorissement du ventre existe à peine.

Le 23 mars, et le 25 mars. — Je constate un état satisfaisant de la malade; j'exige cependant encore le repos au lit, j'autorise l'alimentation à l'aide du poisson, de viande, de légumes verts, de fruits cuits.

Le 30 mars. — La malade quitte le lit. Je la considère complètement guérie, mais j'invite les parents à exercer une surveillance rigoureuse à l'époque des prochaines règles.

C'est le 30 avril que les menstrues apparaissent, pas d'incident à noter, pas de douleurs pas de coliques.

Mlle X. ne garde le lit que le premier jour. Les règles durent 4 jours, peu abondantes.

Le 25 mai, à 11 heures du soir (à la campagne), Mlle X. éprouve des coliques absolument comparables à celles du 13 mars dernier. Elle éprouve, comme à cette date, un malaise extrême, sans perte de connaissance ; elle vomit son dîner ; elle a des frissons ; les extrémités se refroidissent.

On court en toute hâte chercher un médecin qui admet une colique intestinale attribuable à une indigestion, On lui fait part de mes observations du mois de mars et du diagnostic posé à cet époque : *Déviations des règles hémorrhagie intra-péritonéale*. Il prescrit un cataplasme laudanisé et un lavement contenant du laudanum.

Les douleurs durent toute la nuit. Plusieurs vomissements bilieux. Le matin (26 mai) on remarque un écoulement sanguin très faible. D'ailleurs la guérison de cette crise est complète au bout de quelques jours ; le sang reste peu abondant.

Depuis le mois de mai 1894, la menstruation n'a pas cessé d'être régulière. Santé excellente. Jamais de colique, jamais de lumbago.

Au mois de mai 1896, Mlle X. se marie. Le 1^{er} juin 1897, après une grossesse normale, elle donne le jour à un garçon bien conformé. Suite de couches normales. Comme la jeune mère allaite son enfant, les règles n'ont pas encore reparu.

LES AMÉNORRHÉES.

Dans notre chapitre des pubertés tardives, nous avons examiné le cas, où sous l'influence d'une cause morbide, les premières règles n'apparaissaient pas à l'âge normal ; nous verrons plus loin que les vices de conformation des organes génitaux peuvent encore entraver l'apparition du flux menstruel. Ces deux ordres de faits constituent les aménorrhées primitives dont nous n'avons par conséquent pas à parler ici.

Nous allons étudier sous le nom d'aménorrhées secondaires, les suppressions de l'hémorrhagie cataméniale pendant un temps plus ou moins long à la condition formelle que les règles se soient montrées déjà une fois au moins normalement.

Nous diviserons les aménorrhées secondaires pour les étudier en quatre groupes :

- 1° Les aménorrhées sans cause apparente ;
- 2° Les aménorrhées au cours des maladies aiguës ;
- 3° Les aménorrhées dans les maladies chroniques ;
- 4° Les suppressions brusques des règles.

LES AMÉNORRHÉES SANS CAUSE APPARENTE.

Il peut se faire que les signes précurseurs de la puberté se soient montrés tout à fait normaux, que la première menstruation se soit manifestée de la manière la plus simple et que les règles soient quelque temps sans reparaitre. L'état général reste excellent, toutes les fonctions physiologiques s'accomplissent dans la perfection, et cependant les semaines et les mois se passent sans que rien puisse faire espérer le retour des règles.

Raciborsky a recherché, en prenant 79 femmes pour base de sa statistique, le temps qui sépare la première de la deuxième menstruation et il est arrivé aux conclusions suivantes :

Chez 58 femmes entre la 1 ^{re} et la 2 ^e menstruation,				
il y a eu un intervalle de :				1 mois
Chez	2	—	—	6 semaines
—	4	—	—	2 mois
—	5	—	—	3 mois
—	4	—	—	4 mois
—	1	—	—	5 mois
—	1	—	—	8 mois
—	3	—	—	1 an
—	1	—	—	2 ans

Il y aurait donc environ près des $3/4$ de ces femmes chez qui le retour des règles aurait été normal.

Nous avons interrogé nous-même aux consultations et dans les services de l'infirmierie de la maison de Nanterre, 200 femmes jeunes encore et d'un état général assez satisfaisant :

Nous sommes arrivés aux conclusions suivantes :

Chez 159 de ces femmes le retour des règles avait eu lieu au bout de				1 mois .
Chez	5	—	—	5 semaines environ
—	14	—	—	2 mois
—	17	—	—	de 6 mois à 1 an
—	1	—	—	1 an

Chez une enfin, réglée pour la première fois à 14 ans $1/2$ et alors âgée de 18 ans, les règles n'avaient pas reparu depuis leur première apparition qui datait de 3 ans $1/2$.

Raciborsky pour expliquer ces retards menstruels admet que le développement des follicules de De Graaf ne se produit pas avec une assez grande énergie pour les amener à l'état propre à les laisser se rompre.

L'âge de la puberté exerce t-il une action sur ces suppressions des règles ? Raciborsky tout le premier reconnaît qu'il est sans influence sur l'aménorrhée ; en effet dans sa statistique nous

voyons des filles réglées pour la première fois de 9 à 12 ans, l'avoir été régulièrement, et d'autres qui l'ont été de 15 à 16 ans présenter des aménorrhées de deux ans parfois.

Quelle doit être l'attitude du médecin consulté pour des aménorrhées avec intégrité de la santé générale ? Nous pouvons résumer en deux mots notre avis à ce sujet ; abstention de toute médication active, hygiène rigoureuse ; en effet il serait téméraire de vouloir provoquer l'accomplissement d'une fonction dont l'organisme est incapable de faire les frais. La jeune fille sera autant que possible envoyée à la campagne : elle prendra un exercice modéré qui n'ira jamais jusqu'à la fatigue ; ses repas et ses heures de sommeil devront être exactement réglés. Au bout de peu de temps en général, les règles reparaitront et la vie de la jeune fille un peu troublée reprendra son cours normal.

LES AMÉNORRHÉES AU COURS DES MALADIES AIGUES.

L'aménorrhée peut reconnaître pour cause un appauvrissement du sang, conséquence d'une maladie aiguë. On peut voir au cours des fièvres éruptives, de la fièvre typhoïde, du rhumatisme articulaire aigu, les règles cesser pendant toute la durée de la maladie et même de la convales-

cence pour reprendre leur cours normal ensuite. Nous avons pu observer dans le service de M. le D^r Galliard à St-Antoine plusieurs faits de ce genre dont nous avons recueilli les observations.

Observation 23

In thèse de Levis. Paris 1897.

Goître exophtalmique ayant débuté par l'aménorrhée.

Il s'agit d'une jeune fille de 24 ans qui vint consulter en février 1885 pour les accidents suivants : ses règles d'habitude abondantes et régulières, ne sont pas revenues depuis deux mois ; la jeune fille a des dégoûts ; aussitôt qu'elle a mangé elle vomit, elle a maigri de 25 livres en deux mois, sa face est terreuse, ses conjonctivites décolorées. La mère craint sans doute qu'elle ne soit enceinte car elle insiste sur l'aménorrhée et les dégoûts.

L'auteur prescrit des amers. Un mois après, revoyant la malade, il est frappé par un tremblement incessant à oscillations rapides qu'elle présente et qui lui fait songer au goître exophtalmique, mais il n'existe encore ni goître ni exophtalmie, et ce n'est que plus tard que les autres symptômes de la maladie de Basedow apparaissent.

Les règles reparurent après 16 mois d'absence, à ce moment aussi les autres signes se sont considérablement amendés ; la tachycardie, le goître, l'exophtalmie ont beaucoup diminué. En somme, ce cas de maladie de Basedow, avait débuté par l'aménorrhée et une véritable cachexie exophtalmique.

Observation 24 (Personnelle).

Aménorrhée de 5 mois au cours d'un rhumatisme chronique succédant à une violente attaque de rhumatisme articulaire aigu.

M..., Marie, 21 ans, blanchisseuse, entre au mois de mai 1897 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Roux n° 2, service de M. le Dr Galliard, pour une attaque de rhumatisme articulaire aigu, affectant les genoux les hanches, et un coude. La malade est une jeune fille à l'air souffreteux ; son père et sa mère sont tuberculeux ; elle a un jeune frère tuberculeux à la maison de Villepinte ; elle a été réglée à 13 ans et toujours régulièrement depuis.

Les phénomènes douloureux vers la hanche sont tellement accusés que l'on place la malade dans une gouttière de Bonnet où elle reste pendant un mois.

Puis une contracture de la hanche nécessite à deux reprises une réduction sous le chloroforme.

Depuis son entrée à l'hôpital en mai 1897 jusqu'à la fin d'octobre la malade n'a pas été réglée ; le début de cette aménorrhée a coïncidé exactement avec l'attaque de rhumatisme articulaire ; les règles reviennent au mois d'octobre après 5 mois de suppression.

La malade sort à la fin de novembre, ses règles sont revenues une deuxième fois à date normale.

Observation 25

Due à l'obligeance de notre excellent collègue et ami M. Bussard, externe des hôpitaux. Aménorrhée de 2 mois au cours d'une fièvre typhoïde.

R..., Antonine, 25 ans, domestique, entre le 2 novembre 1897 à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. le Dr Galliard, salle Corvisart n° 7. On porte le diagnostic de fièvre typhoïde.

Le séro-diagnostic est positif. La malade a été réglée pour la première fois à 14 ans et toujours régulièrement depuis.

La malade attendait ses règles environ pour le jour de son entrée dans le service ; elles n'apparaissent pas, non plus que le mois suivant. La fièvre typhoïde

évolue vers la guérison, et au bout de 3 mois environ, quelques jours avant la sortie définitive de la malade de l'hôpital les règles reparaissent.

LES AMÉNORRHÉES DANS LES MALADIES CHRONIQUES.

Dans le cours et surtout à la période terminale des maladies chroniques, il est fréquent de voir la menstruation après quelques hésitations cesser pour ne plus reparaitre.

La chlorose, cette grande cause des aménorrhées primitives, peut tout aussi bien qu'elle empêche leur apparition, causer la suppression des règles après qu'elles se sont déjà montrées.

La tuberculose à la troisième période, les lésions aortiques avancées, les lésions mitrales tout à fait à leur stade ultime, la cachexie palustre, la syphilis, la polysarcie, le goître exophtalmique pourront encore être causes d'aménorrhées.

Devra-t-on dans les aménorrhées au cours des maladies aiguës ou chroniques tenter de ramener le cours du sang : évidemment non ; la conduite sera bien simple ; on devra traiter la maladie causale, s'il s'agit d'une maladie aiguë ; il faudra instituer de plus un traitement tonique et fortifiant : sirop de lacto-phosphate de chaux, médi-

cation martiale et arsénicale, huile de foie de morue en hiver.

LA SUPPRESSION BRUSQUE DES RÈGLES.

Pour que l'aménorrhée mérite le nom de suppression brusque des règles, il faut que l'écoulement ayant commencé, ou que la femme se sentant dans cet état physiologique qui précède de peu le flux cataménial, on constate tout à coup une suppression, une diminution ou une absence du sang coïncidant avec une des causes habituelles de cet accident. Suivant Morin (1) et M. Pozzi (2), le système nerveux joue un rôle considérable dans la suppression brusque des règles.

Une frayeur peut produire une suppression des règles.

Brierre de Boismont rapporte l'observation d'une fille qui vit brusquement ses règles s'arrêter à la suite d'une farce qu'on lui fit et qui consista à lui mettre une grosse clef dans le cou.

Le refroidissement brusque est souvent cité

1. Morin. Thèse de Paris, 1878. *Les maladies qui peuvent résulter de la suppression des menstrues.*

2. Pozzi. *Traité de gynécologie*, 1897.

comme cause d'aménorrhée et agit suivant M. Pozzi par la voie vaso-motrice. Enfin la suggestion peut avoir une influence sur la suppression brusque des règles chez les sujets prédisposés.

Dans les cas de suppression brusque des règles on sera autorisé à tenter de ramener le flux menstruel : dans ce cas après s'être minutieusement assuré qu'il ne s'agit pas d'une grossesse on appliquera des sangsues à la vulve ; les emmenagogues pourront rendre des services : l'apiol (Joret (1) et Baillot) (2) à la dose de 0,25 centigrammes matin et soir pendant cinq jours au plus, a donné d'excellents résultats ; l'extrait fluide de sénéçon à la dose de 20 gouttes prise trois ou quatre fois par jour rendra parfois de réels services (Sigaut) (3).

LES MÉNORRHAGIES

La ménorrhagie est l'exagération de l'écoulement menstruel en abondance et surtout en durée.

La ménorrhagie ne constitue pas une affection

1. Jouet. *Loc. cit.*

2. Baillot. *Loc. cit.*

3. Sigaut. Thèse de Paris, 1896. Le Sénéçon.

spéciale, c'est un symptôme appartenant en propre à une foule de maladies : nous lui attribuons des causes générales et des causes locales.

Causes générales des ménorrhagies. Ce sont celles qui agissent par altération du sang ou par suite des lésions du cœur et des vaisseaux. Chez les cardiaques, dans le rétrécissement mitral, on pourra voir survenir des ménorrhagies alors que les lésions sont encore bien compensées et que l'asystolie n'est pas encore apparue. On peut encore voir survenir des ménorrhagies dans l'ictère grave, le purpura, le mal de Bright le paludisme, la polysarcie, la cirrhose atrophique, dans certaines intoxications : le phosphore et le plomb par exemple.

La chlorose, d'après Trousseau, est capable de causer des métrorrhagies : Trousseau a même créé un type clinique : la chlorose ménorrhagique dont l'existence en tant qu'entité morbide a été très contestée et qu'a voulu réhabiliter dans sa thèse récente M. Gaullieur l'Hardy (1). Il est hors de doute que la chlorose puisse être la cause d'hémorrhagies pendant ses premières années ; à une période plus avancée seulement de son évolution, elle causera surtout l'aménorrhée.

1. Gaullieur. L'Hardy. Thèse de Paris 1893-97. *La chlorose ménorrhagique.*

Parmi les causes locales de ménorrhagies on pourra invoquer les habitudes vicieuses, le manque de propreté ; on a incriminé la machine à coudre, l'équitation et la bicyclette : ces causes agissent en provoquant de véritables métrites hémorrhagiques virginales.

Enfin il y a quelques mois à peine, Castan (1) dans une thèse faite dans le service de M. Quénu, a voulu isoler du groupe des ménorrhagies, un type clinique spécial qu'il appelle les métrorrhagies dyscrasiques de la puberté. Les jeunes filles éprouvent des pertes sanguines continues ou subcontinues ; la première époque en général, parfois la deuxième ou la troisième, se prolongent très longtemps parfois pendant les trente jours du mois et se continue avec l'époque suivante sans interruption. L'usage des hémostatiques, du repos produisent de petits temps d'arrêt artificiels de l'hémorrhagie qui reprend bientôt son cours ; parfois elle est constituée par un simple suintement, parfois aussi l'écoulement est plus abondant.

Dans les cas types, les phénomènes sont tout à fait indolore, la malade peut éprouver un peu de pesanteur dans l'abdomen, mais elle n'éprouvera jamais les grandes douleurs de la dysménorrhée, la leucorrhée est rare, elle est la con-

1. Castan. Thèse de Paris, 1898. *Les métrorrhagies des jeunes filles.*

séquence, le plus souvent, d'une infection par malpropreté génitale.

L'utérus est normal et les ovaires sont sains.

Cette hémorrhagie serait pour Castan sous la dépendance d'une auto-intoxication créée par une hérédité morbide : tuberculose, arthritisme, ou par une hygiène défectueuse ou par une déviation des échanges interstitiels.

Quant à la raison pour laquelle la fonction hémorrhagique de l'auto-intoxication se localise à l'utérus, elle réside dans les conditions physiologiques de l'appareil génital à l'époque de la puberté, dans des troubles de la fonction sécrétoire ou dans des lésions cliniquement inappréciables de l'ovaire.

Pour combattre ces hémorrhagies Castan propose de recourir au traitement général : Une hygiène sévère, l'hydrothérapie, les bains de mer rendront de grands services ; on combattra à outrance la constipation. Les diathèses et les maladies soupçonnées de prendre une part quelconque à la genèse des métrorrhagies seront l'objet de soins constants. Castan admet en dernière ligne le curettage utérin. Nous ne partageons pas cette manière de voir, et nous déconseillons formellement dans ce cas toute intervention opératoire, qui, dans une auto-intoxication générale, nous paraît devoir rester absolument infructueuse.

Dans les autres métrorrhagies, sous la dépendance d'un état morbide bien caractérisé, il fau-

dra traiter énergiquement tout d'abord la maladie causale ; traitement ferrugineux et arsénical dans la chlorose, sulfate de quinine dans l'impaludisme, digitale dans les lésions mitrales, régime lacté intégral chez les brightiques.

Dans tous les cas pendant l'hémorrhagie la jeune malade sera maintenue au repos du lit dans une chambre convenablement aérée ; dans ce cas encore l'apiol semble avoir rendu quelques services à la dose de 0,25 centigrammes en capsules matin et soir pendant cinq jours.

LES DÉVIATIONS MENSTRUELLES.

On dit qu'il existe des règles supplémentaires ou déviées lorsqu'il se produit en même temps que les règles ou à leur époque présumée un écoulement sanguin en un point quelconque du corps accompagné des symptômes propres au molimen cataménial et que cet écoulement se répète périodiquement et avec régularité. Raciborsky a donné à ces phénomènes le nom d'ataxie menstruelle. Les règles supplémentaires s'observent à tous les âges mais surtout dans les premières années de la menstruation. Elles apparaissent de préférence chez les chlorotiques et les hystériques, et en un point de l'organisme

déjà malade et qui constitue un *locus minoris resistentiæ*. On les voit survenir dans les aménorrhées de toutes causes, après les suppressions brusques des règles, à la suite d'une frayeur, chez les tuberculeuses, chez les cardiaques.

Elles se produisent comme les règles normales au moment de l'ovulation et cette fonction continue à se faire normalement : l'état congestif qu'elles déterminent se porte tout simplement sur un organe autre que l'utérus et les règles supplémentaires se produisent sans mettre le moindre obstacle à la possibilité d'une grossesse : Puech (1) dans une communication à l'Académie des Sciences en 1863 a bien mis en lumière la compatibilité de la conception avec les règles déviées, et il a montré à la suite d'une autopsie que l'ovulation ne cessait pas de se produire.

Le même auteur a examiné 200 femmes présentant des règles supplémentaires et il a recherché où se produisaient les hémorrhagies : Sur 200 malades il a trouvé :

Hématémèses.	32
Mamelles	25
Hémoptysie	25
Epistaxis nasale	18
Membres inférieurs	13

1. Puech, 1863. *Déviation des règles et de ses rapports avec l'ovulation*. Académie des Sciences, 1863.

Alvéoles dentaires	10
Intestins	10
Yeux, paupières, caroncules lacry-	
males.	10
Hématurie	8
Mains et doigts	7
Conduit auditif	6
Cuir chevelu	6
Tronc, aisselles, dos	5
Glandes salivaires et muqueuse buc-	
cale	4
Joue	3

Les règles supplémentaires ont un pronostic assez sérieux qui dépend plutôt des lésions locales qu'elles peuvent déterminer, des prédispositions morbides qu'elles peuvent créer dans les organes où elles se produisent, que des hémorrhagies qu'elles déterminent et dont l'abondance en général ne dépasse pas celle des règles normales. En effet les hématomèses prédisposeront à l'ulcère stomacal, les hémoptysies se produiront dans le poumon sous l'influence d'un état congestif qui sera des plus favorables à l'éclosion de la tuberculose, les hématuries ouvriront la porte aux cystites. Il y a donc intérêt à rétablir le plus promptement possible le cours normal du sang, s'il ne se rétablit de lui-même comme cela arrive souvent. Le traitement sera

surtout hygiénique dans l'intervalle des accidents ; la vie au grand air, l'exercice modéré, une alimentation substantielle sont des moyens qui suffiront le plus souvent à rétablir l'ordre normal de la menstruation ; au moment où les règles sont imminentes l'application de 4 sangsues à la vulve peut amener le retour des règles par les voies naturelles. On combattra sans cesse la constipation et on traitera avec soin toutes les maladies concomitantes.

Nous allons exposer les observations les plus intéressantes que nous ayons pu trouver sur ce sujet, l'une d'entre elles nous est personnelle.

Observation 26 (Personnelle).

Hémoptysie et épistaxis supplémentaires des règles. Retour de la menstruation normale après la 1^{re} grossesse.

D. Magdeleine, 20 ans, modèle, née à Naples vient à la consultation du bureau central de l'Hôtel-Dieu au commencement de juin 1895. Son père est mort à 21 ans d'accident. La mère a 42 ans ; elle présente un embonpoint prononcé.

La malade a été bien portante jusqu'à 15 ans. A ce moment elle a été réglée pour la première fois, puis aménorrhée de 3 mois et retour des règles une seule

fois. Depuis ce moment, il y a 5 ans, elle n'a pas été réglée normalement une seule fois.

Chaque mois elle a éprouvé pendant 4 ou 5 jours une grande gêne respiratoire, puis elle a craché des mucosités spumeuses abondantes, en même temps qu'elle était prise d'épistaxis qui duraient pendant ces 4 ou 5 jours. La malade se refusant à entrer à l'hôpital, nous lui conseillons le repos au lit au moment de ce que nous considérons comme des règles déviées. De plus, nous lui prescrivons dans l'intervalle un traitement qui s'adresse à son état de nervosisme extrême : douches en jet, frictions sèches, valériainate d'ammoniaque.

La malade ne revient plus à la consultation.

Nous l'avons revue par hasard, 15 mois plus tard, dans le service de M. le Dr Gérard-Marchand suppléé par M. le Dr Demoulin à l'hôpital Tenon. Elle venait pour être opérée de ganglions tuberculeux du cou, elle nous a raconté que depuis, à la suite d'une grossesse, les règles étaient revenues tout à fait normales.

Observation 27

Briene de Boismont. *In* thèse de Hurtaut, 1896.

Epistaxis supplémentaire des règles.

Une jeune personne bien constituée, d'un tempérament lymphatique fut prise vers 16 ans d'une hémorrhagie nasale qui se renouvela singulièrement tous les

mois pendant plusieurs années, sa durée était de 2, 3 ou 4 jours. Cette demoiselle avait seulement un ou deux jours avant une démangeaison au bout du nez ; l'organe se tuméfiait, prenait une couleur rouge, le sang commençait à couler puis il devenait si abondant qu'il pouvait remplir un saladier. Il n'y avait pas d'autres symptômes. Depuis près de 3 ans la déviation a complètement cessé et mademoiselle X est réglée par les voies ordinaires, pendant la première année de la menstruation les épistaxis ont paru de temps à autre en moindre quantité et se sont ensuite entièrement arrêtées.

Observation 28

Aschwell. *Gaz médicale* de Paris 1838.
Hémathémèse supplémentaire des règles.

Elisa M. est entrée le 9 août 1836. Elle est âgée de 16 ans, constitution délicate, aspect chlorotique, joues et lèvres exsangues.

Elle a toujours habité Londres et s'était assez bien portée. Depuis 4 ans elle fait un état qui l'oblige à être sédentaire. Les règles ont paru depuis un an. Elles ont duré 3 jours mais d'un sang fort clair. Pendant six mois elles sont revenues exactement mais leur quantité a été toujours de moins en moins abondante et leur couleur sereuse.

Depuis 12 semaines, l'écoulement s'est supprimé complètement, dès lors la malade a éprouvé de la constipation et des céphalalgies intenses. Il y a 9 semaines elle a éprouvé une hémathémèse sérieuse ; cet accès a duré 4 jours et la malade a vomi plusieurs palettes de sang. Depuis lors elle a éprouvé des épistaxis de temps en temps.

A son entrée, la malade se plaint de point de côté, à gauche, de dyspnée, de douleurs occipitales.

Sulfate de fer. Injections vaginales, alimentation substantielle.

20 août. — Diminution de tous les symptômes, légère épistaxis hier.

27 août. — La malade se sent beaucoup mieux. On prescrit de l'exercice au grand air.

30 août. — Elle ne se plaint de rien, quoique ses règles n'aient pas encore reparu, la santé générale a éprouvé une grande amélioration.

La malade demande à quitter l'hôpital le 8 septembre. Elle revient à la consultation dire qu'elle est toute à fait bien portante ; les règles sont revenues sans aucun malaise ; elle est jugée guérie.

Observation 29

Aschwell. *In Gazette Médicale* de Paris 1838.
Hémathémèse et hémoptysie supplémentaires des règles.

Lucy R. âgée de 13 ans est entrée le 14 octobre 1835. Elle avait été bien portante jusqu'à ces derniers

temps ; il y a deux mois elle éprouve des vertiges, des douleurs à la tête et aux lombes, des envies de dormir, puis elle vomit de temps en temps du sang noir, caillé ; ensuite elle en a rendu d'écumeux en toussant, depuis 4 jours elle se plaint d'agitation et de quelques fantômes qu'elle voit devant ses yeux, elle n'a jamais été réglée.

On prescrit : ventôuses, injections vaginales, coliquinte et calomel.

17 octobre. — Les ventôuses ont soulagé les douleurs de reins, mixture magnésienne.

20 octobre. — Les vomissements et l'expectoration sanguine sont moins fréquents et moins forts, céphalalgie, globe hystérique. Douleur obtuse à la région lombaire, même prescription.

25 octobre. — La malade est beaucoup mieux. Cet état se maintient jusqu'au 10 novembre.

10 novembre. — La malade est prise subitement de vertiges et d'obscurcissements de la vue, elle tombe sans connaissance, elle n'a pas d'écume à la bouche. Elle revient petit à petit à la connaissance. Ensuite elle se plaint principalement de douleurs à la poitrine.

Ventôuses aux lombes. Jalap, scammonée, courants électriques aux lombes.

12 novembre. — L'accès ne s'est pas reproduit. Le mal de tête a disparu. Aujourd'hui après l'électrisation les règles paraissent pour la première fois, pas de maux de reins ni de trouble général.

Le 28 novembre. — Amélioration remarquable sous tous les rapports. Pendant le mois de décembre, l'a-

mélioration progressive continue. Les vomissements de sang n'ont pas reparu. Léger écoulement leucorrhéique.

Le 31 décembre. — Apparition normale des règles. Amélioration continue; guérison complète.

Observation 30 (résumée).

Jacquemin. *In* thèse de Hurtaud, Paris, 1897.

Tumeurs de la peau remplies de sang aux cuisses et sur l'abdomen et revenant périodiquement à l'époque des règles.

L'auteur rapporte l'observation d'une jeune fille de province, forte, sanguine, qui ne vit pas apparaître les règles en même temps que les autres signes de la puberté. Mais à cette époque elle remarque à la partie supérieure des cuisses deux ou trois petites tumeurs molles, fluctuantes, indolentes, sans changement de couleur de la peau, ou bleuâtres suivant qu'elles étaient plus ou moins superficielles. Après un temps plus ou moins long, ces tumeurs s'ulcérèrent et laissèrent échapper un sang liquide et noir.

Pendant 5 mois ces tumeurs reparurent sur les cuisses et l'abdomen.

La malade étant venue à Paris, on ouvrit ces tumeurs, et chaque mois on plaça deux ou trois sangsues à la vulve. Au troisième mois, les règles apparurent normalement.

La malade étant retournée en province, les règles se

suspendent pendant deux époques et des sangsues sont de nouveau appliquées. La menstruation se rétablit et est normale depuis 5 ou 6 ans.

Observation 31 (résumée)

Parrot, *In* thèse de Hurtaud, Paris, 1897.

Sueurs de sang précédant les règles.

L'auteur rapporte l'observation d'une jeune fille chlorotique réglée pour la première fois à 11 ans qui pendant quelques années présenta des sueurs de sang en différents points du corps; les jours qui précédèrent ses règles Parrot put chez cette malade observer ces phénomènes :

1° Au visage qui se couvre spontanément d'un masque sanglant.

2° Le lendemain à l'épigastre rosée sanglante avec vomissement de sang et de glaires.

3° 13 jours plus tard, suintement sanguin dans le sillon des paupières inférieures. La santé était bonne dans l'intervalle de ces accidents.

M. Parrot s'attacha à combattre la douleur qui accompagnait cette hémathydronse et le mauvais état général de la malade.

Observation 32

Brierre de Boismont. *In* thèse de Hurtaud 1897. Hémorrhagie gingivale supplémentaire des règles.

Mme P. est d'une bonne constitution et n'a jamais été malade. À l'époque de la puberté elle éprouva quelques-uns de ces symptômes qui annoncent l'approche de la menstruation ; mais à son grand étonnement au lieu de voir l'écoulement se montrer par les voies ordinaires, elle sentit une douleur dans la bouche, bientôt il se manifesta un gonflement d'une gencive du côté droit.

Cette tuméfaction devint le siège d'une exhalation, sanguine qui avait tout le caractère du sang menstruel, elle durait 2 ou 3 jours, puis les accidents se dissipaient pour reparaître le mois suivant.

Malgré cette déviation des règles elle se maria et devint mère. Après son accouchement l'hémorrhagie gingivale périodique reprit son cours et cela jusqu'à la ménopause.

Observation 33 (Résumée).

Puech. *In* communication à l'Académie des Sciences séance du 13 avril 1863.

La déviation des règles dans ses rapports avec la ponte périodique.

L'auteur rapporte l'observation d'une fille de 19 ans $1/2$ chez laquelle les règles avaient bientôt fait place à des épistaxis périodiques et qui succomba des suites d'une péritonite 3 ans après ses dernières règles normales. Puech put constater à l'autopsie sur un ovaire une vésicule de De Graaf fraîchement rompue, à parois richement vascularisées ; aux alentours deux vésicules intactes et de nombreuses cicatrices.

Sur l'autre ovaire, on constata outre ces vésicules en voie de développement, des cicatrices et deux corps jaunes, dont l'un très apparent et l'autre presque effacé.

LES VICES DE CONFORMATION DES ORGANES GÉNITAUX.

Les vices de conformation des organes génitaux pourront être un obstacle absolu à l'accomplissement de la fonction menstruelle et causer une série d'accidents qu'il est intéressant d'étudier brièvement : nous distinguerons :

Les imperforations de l'hymen.

Les absences congénitales complètes ou incomplètes du vagin.

Les oblitérations du col utérin et les arrêts de développement de l'utérus.

IMPERFORATION DE L'HYMEN.

L'hymen peut être imperforé et il peut résulter de cette disposition des accidents très graves. Le sang des règles s'accumule, dans le vagin, le remplit peu à peu, puis remonte dans le col utérin et dans la cavité du corps qu'il distend progressivement. On sent au-dessus du pubis une tuméfaction dure et rénitente qui peut atteindre un très gros volume. M. Tillaux (1), dans son *Traité d'anatomie topographique*, rapporte une observation de ce genre.

Observation 34

In Tillaux. *Traité d'anatomie topographique*.

Un médecin fut appelé auprès d'une jeune fille de 18 ans en proie à des coliques intenses survenues

1. Tillaux. *Traité d'anatomie topographique avec application à la chirurgie*.

brusquement ; le ventre avait le volume de celui d'une femme enceinte de 5 à 6 mois et à la vulvè se présentait une tumeur violacée du volume d'une orange faisant saillie entre les grandes lèvres. La malade ne pouvait uriner et éprouvait de grandes difficultés à aller à la selle. Le médecin pensa de prime abord à un accouchement prématuré et le déclara, ce qui ne surprit pas peu la malade. Mais l'erreur ne fut pas de longue durée et la malade fut envoyée à M. Tillaux à Larihoisière. Une incision cruciale donna issue à 4 litres 1/2 de sang noirâtre, liquide analogue au sang des hématoçèles, la membrane était fort épaisse et comme charnue.

M. Tillaux, à la suite de l'incision de l'hymen recommande de ne faire aucun lavage dans la cavité, les premiers jours qui suivent de façon à éviter le contact de l'air.

Nous trouvons encore une observation de ce genre due à Pirotais dans la *Gazette des hôpitaux* 1873 (1).

Observation XXXV

Pirotais. In *Gazette des hôpitaux*, n° du 15 mai 1873.

Une jeune fille de 21 ans ischémique et lymphatique,

1. Pirotais In *Gazette des hôpitaux*, Paris, 1873.

est malade depuis 4 ans. Le ventre est ballonné, douloureux et il existe dans la fosse iliaque droite une tumeur arrondie très circonscrite. Les douleurs abdominales deviennent périodiquement plus vives tous les mois.

L'incision de l'hymen donne issue à environ 6 litres de bouillie sanguine. Cessation de tous les accidents et retour à la santé.

LES ABSENCES CONGÉNITALES DU VAGIN.

Ces affections ont été bien étudiées récemment dans la thèse de Mlle Dumitrescu (1). Les absences congénitales du vagin sont complètes ou incomplètes. Tandis que les premières coïncident généralement avec un arrêt de développement de l'utérus, les secondes accompagnent le plus souvent un appareil génital profond bien développé. Au point de vue des symptômes il faut distinguer trois cas :

1° Le cas où l'anomalie du vagin ne constitue qu'une difformité anatomique et ne donne pas lieu à des troubles fonctionnels graves.

2° Parfois l'absence de vagin s'accompagnera chaque mois des phénomènes du molimen mens-

1. Dumitrescu. Thèse de Paris 1896. *Les absences congénitales du vagin.*

truel qui après avoir persisté quelques jours s'amenderont rapidement.

3° Enfin on pourra voir survenir des accidents de rétention menstruelle et l'apparition d'une poche sanguine vaginale, utérine ou tubaire ce qu'on a appelé hémato-colpos, hématométrie, hématosalpinx.

Dans ce dernier cas une intervention chirurgicale s'impose et on devra chercher à restaurer le canal vaginal par une opération autoplastique qui sera parfois fort difficile à pratiquer et dont le bon résultat à cause des rétractions sera encore plus difficile à conserver. Dans le cas où il y aura un soupçon d'utérus, les efforts du chirurgien devront tendre à lui créer un orifice au fond du nouveau vagin.

Nous rapportons deux observations de malades opérées pour des absences congénitales du vagin, nous avons eu l'occasion de voir la première de ces malades dans le service de M. Gérard-Marchant.

Observation 36

Gérard-Marchant. *In* thèse de Dumitrescu. Paris 1896.
Imperforation de l'hymen et absence totale du vagin, création d'un vagin artificiel. Laparotomie et abouchement du col utérin au fond du néo-vagin.

La nommée G..., Marie, âgée de 19 ans, entre le 24

ma rs 1893, à l'hôpital Laënnec, salle Chassaignac, n° 10.

Antécédents. — Cette malade a eu deux sœurs, mortes l'une de fièvre typhoïde à l'âge de 16 ans, l'autre à la suite d'abcès multiples (ces deux sœurs n'avaient jamais été réglées).

Vers l'âge de 17 ans, la malade elle-même a ressenti pour la première fois de vives douleurs de la tête, dans les reins et le bas-ventre. Ultérieurement, ces symptômes se sont reproduits tous les mois. Ces douleurs, qui duraient 3 ou 4 jours environ, s'accompagnaient de vomissements verdâtres assez abondants.

C'est à 18 ans, c'est-à-dire un an plus tard, que la malade a commencé à ressentir, en même temps que les autres symptômes, de vives douleurs dans la jambe gauche. Ces douleurs spontanées, augmentant par les mouvements, se sont depuis reproduites tous les mois, accompagnant toujours les douleurs lombaires et les douleurs abdominales, qui dès lors, ont pris dans la fosse iliaque droite une intensité toute particulière.

24 mars. — La malade entre pour la première fois à l'hôpital et en sort le 27 avril.

Dans ce laps de temps, une crise s'étant produite et, comme un point particulièrement douloureux existait vers l'épine iliaque antérieure et supérieure droite, incision jusqu'à cette épine. On ne trouve pas de pus (opération le 29 mars).

1. Gérard-Marchant. *In* thèse Dumitrescu. Paris 1896. *Absence congénitale du vagin.*

16 mai. — La malade entre pour la deuxième fois à l'hôpital et en sort le 6 juin. Toujours mêmes symptômes.

Elle revient une troisième fois le 31 juillet, on apprend alors qu'elle n'était pas réglée. L'examen au spéculum montre une vulve régulièrement conformée, mais un hymen imperforé.

22 juillet. — Incision de l'hymen, on constate alors une absence totale du vagin. Décollement assez laborieux du tissu cellulaire entre la vessie et le rectum. La nouvelle cavité est comblée avec de la gaze iodoformée.

Bientôt les tissus se réunissent et une nouvelle intervention est jugée nécessaire. Le décollement des parois est poussé alors beaucoup plus loin et on arrive sur une masse dure qu'on reconnaît être l'utérus.

Dans le vagin ainsi formé, on place à demeure un drain très gros.

Bientôt celui-ci tombe et la cavité tend à se refermer. Depuis ce moment, on dilate tous les jours la cavité vaginale avec le doigt ; mais la tendance au rétrécissement est très accusée.

Enfin les règles ne sont pas apparues et tous les mois, elle présente les signes analogues à ceux qu'elle accusait à l'hôpital.

Aussi, après avoir créé un vagin et maintenu ce vagin dilaté, M. Gérard-Marchant a-t-il pensé qu'il y avait mieux à faire, puisque la malade continuait à souffrir au moment de ses époques. Il chercha, si, dans le fond du vagin, il ne pourrait pas aboucher le col utérin. Toutes les manœuvres vaginales, en s'aidant de la palpation et du refou-

lement utérin par l'abdomen ou le rectum étant restées infructueuses, il fit une laparotomie. Après avoir découvert l'utérus, il constata que cet utérus était rudimentaire et les ovaires minuscules, il repoussa l'utérus, saisi à pleine main par son fond, vers le vagin; puis avec une pince fixatrice, il saisit à travers les tissus, la portion répondant au col utérin, et l'attira dans le cul-de-sac vaginal. Ne pouvant l'y fixer, il laissa la pince à demeure pendant 4 heures, après s'être assuré par un travail d'approche avec le doigt, que le col utérin était bien au fond du vagin.

Les suites opératoires ont été des plus simples. Cette malade n'a plus souffert et elle a eu ses règles une fois, M. Gérard-Marchant a constaté l'écoulement sanguin; il s'est réduit à une tache, ayant les dimensions d'une assiette et a duré un jour.

Depuis, la malade a eu le 1^{er} octobre un suintement sanguin (vu par les surveillantes), 10 et 11 décembre, douleurs de ventre; vomissements et apparition de taches sanguines le premier jour, peu appréciables, le second jour plus nettes, puisque la malade en compare les dimensions à celles de plusieurs pièces de 5 francs.

Dans l'intervalle des règles, ne souffre plus du ventre et n'a pas de pertes.

Observation 37

Azéma. *In* thèse Dumitrescu, 1896, Paris.

Absence complète du vagin. Imperméabilité et peut-être absence du col de l'utérus. Création d'un vagin et d'un orifice utérin artificiels.

Le 3 septembre 1891, je fus mandé auprès d'une jeune mulâtresse de 14 ans, qui souffrait de douleurs atroces du ventre et qui n'avait jamais été réglée. Déjà, un mois auparavant, elle avait, pour la première fois, éprouvé les mêmes douleurs, mais moins intenses. Aucune perte de sang ne s'était manifestée, mais son ventre était resté gros.

Pas d'antécédents personnels. Aucune malformation des organes génitaux chez ses ascendants. La jeune fille est bien musclée. Les seins sont normalement conformés.

Les organes génitaux externes sont ombragés de poils assez abondants. Les grandes lèvres sont bien conformées, les petites lèvres ne sont représentées de chaque côté que par une crête de 2 à 3 millimètres de haut. Le clitoris et le méat urinaire sont parfaitement visibles et normalement situés. La fourchette est dessinée; la fossette naviculaire est à peine déprimée.

1. Azema. *In* thèse Dumitrescu, 1896, Paris. *Absence congénitale du vagin.*

Il n'existe pas d'origine vaginal. Le tissu muqueux qui recouvre les petites lèvres se continue sans interruption sur la ligne médiane, formant une membrane épaisse qui obture l'entrée vaginale. Cette membrane ne saurait être confondue avec l'hymen, car elle est située sur un plan plus antérieur que celui-ci.

La partie sous-ombilicale de l'abdomen est augmentée de volume. Le palper délimite assez exactement dans cette région une tumeur arrondie, située sur la ligne médiane et remontant jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le toucher rectal permet de percevoir cette tumeur volumineuse, dure, lisse qui bombe dans le rectum. Le doigt ne peut parvenir à la circonscrire par en haut. Elle transmet au doigt, mis dans le rectum, les mouvements de déplacement que lui imprime la main posée sur l'abdomen. La vessie à l'état de plénitude est refoulée en haut et en avant. L'urèthre et le rectum se touchent, n'étant séparés que par une cloison peu épaisse, disposition rendue évidente par une sonde introduite dans l'urèthre et un doigt dans le rectum.

Absence complète de vagin, avec conservation de l'utérus en état de rétention de sang menstruel ; tel était d'après cet examen le diagnostic qui s'imposait.

Il était nettement indiqué d'intervenir. Les douleurs atroces, la possibilité soit d'une rupture utérine, soit de la pénétration dans le péritoine de ce molimen par les trompes peut-être dilatées, justifiaient notre intervention, qui fut pratiquée le lendemain.

La malade étant chloroformisée et les précautions antiseptiques étant prises, la jeune fille est placée sur le bord du lit dans la position obstétricale, mon doigt gauche, continue Azéma, étant mis dans le rectum, une sonde maintenue dans l'urèthre par un aide sont les points de repère qui devront nous guider; une incision verticale, partant de 3 millimètres au-dessous du méat urinaire et s'arrêtant à la fossette naviculaire, est pratiquée sur la membrane qui obture l'entrée vaginale. Cette membrane épaisse, ainsi fendue verticalement, permet l'introduction de l'extrémité digitale. Dès lors, tantôt déchirant avec les doigts les tissus peu résistants tantôt sectionnant avec le bistouri les brides fibreuses qui résistent à l'action du doigt et de la sonde cannelée, nous finissons par créer entre la vessie et le rectum, une voie pouvant admettre l'introduction de l'index et du médius, et pouvant avoir de 6 à 7 centimètres de longueur. Les bandes fibreuses qui crient sous le couteau sont au nombre de trois; la première est à deux centimètres de la vulve, la dernière limite la tumeur. A l'extrémité de ce tunnel nous sentons l'utérus gonflé sous notre doigt. Il nous est impossible de découvrir le col; au moyen d'un fin trocart nous ponctionnons cette tumeur. Il s'enécoule un liquide sanguin, noirâtre, sirupeux. Aucune pression n'est exercée sur la tumeur que nous laissons se vider lentement par l'étui du trocart resté à demeure pendant 24 heures. Le vagin ainsi constitué, est bourré de tampons antiseptiques que maintient un bandage en T.

Les suites de cette opération furent extrêmement favorables. Mais si elle avait satisfait à l'indication pressante qui était de vider l'utérus, de calmer les douleurs et de prévenir des dangers imminents, il restait à pratiquer une intervention complémentaire destinée à mettre les organes en état de fonctionner normalement dans l'avenir. Il fallait, en un mot, agrandir la voie vaginale, aller à la recherche du colet s'assurer de son intégrité. Le 16 septembre, la jeune fille fut endormie à nouveau. Opérant avec les mêmes précautions pour ne pas léser la vessie et le rectum, il fut possible d'obtenir un élargissement du vagin tel qu'un spéculum bivalve du Cusco put y être introduit. Il fut impossible, malgré les délabrements péri-utérins, de sentir avec le doigt et de voir à travers le spéculum l'orifice du col utérin. Dans ce but de recherche, nous fûmes conduits à décoller avec l'ongle le péritoine en avant et en arrière de l'utérus dans une très faible étendue. Nos investigations demeurèrent infructueuses.

Le toucher, fait avec minutie par le rectum, ne nous renseigna pas davantage. Il était évident que le col, s'il existait, devait être bien anormalement placé.

Des tampons de gaze iodoformée comblèrent le vagin. Les jours qui suivirent ne furent traversés par aucun incident. La température se maintint entre 37° et 37°7. Un peu de sensibilité au bas-ventre pendant deux ou trois jours, puis tout rentra dans l'ordre. Les pansements antiseptiques à la liqueur de Van-Swieten et à la gaze iodoformée furent renouvelés chaque jour.

Les choses marchèrent ainsi jusqu'au 17 octobre, où

la malade fut reprise des phénomènes douloureux de la menstruation. Dans la nuit du 18 au 19, son utérus commença à grossir. Le 20 il avait acquis le volume de deux poings. Par le spéculum que nous introduisons, mais cette fois avec difficulté, car les parois cruentées du vagin tendent à revenir sur elles-mêmes, nous apercevons l'utérus bombant, rouge et lisse au fond du conduit que nous avons sculpté. Nous cherchâmes, mais sans la trouver, la place, où, un mois auparavant, avait pénétré notre trocart. Une nouvelle ponction utérine dans l'axe du vagin fut exécutée. L'étui du fin trocart resta à demeure et donna issue au molimen hémorrhagique. Toutes les précautions furent prises pour éviter l'entrée de l'air dans le foyer. L'utérus se vida lentement. Le pansement fut renouvelé le lendemain, mais l'instrument ne fut pas retiré.

Lorsqu'au bout du troisième jour, l'utérus fut revenu sur lui-même, que tous le sang avait été évacué, nous fîmes sur la paroi utérine de chaque côté de l'étui du trocart, une incision au bistouri. Nous avons de cette façon agrandi l'orifice du trocart, que nous retirons alors pour le remplacer par un bout de sonde en caoutchouc répondant au n° 14 de la filière Charrière. Cette sonde qui ne resta pas toujours en place, rejetée qu'elle était par la contraction utérine, était chaque matin lavée et réintroduite. Au bout de 8 jours, la fistule était constituée, mais son calibre avait diminué et on ne pouvait guère introduire qu'une sonde répondant au n° 10 ou 11 de la filière.

Pendant ce temps le vagin se tapissait de bourgeons

charnus et perdait de sa largeur. La coarctation augmentant, il serait fatalement arrivé un moment où, à une menstruation ultérieure, nous nous serions trouvés aux prises avec les mêmes difficultés. Aussi fîmes-nous une dernière intervention, consistant à mettre sur les bourgeons charnus du vagin des greffes prises à la vulve. La face interne de chaque grande lèvre fournit à la paroi vaginale correspondante un lambeau de forme quadrilatère. Ce lambeau resta adhérent à la grande lèvre par un côté du quadrilatère qui ne fut pas sectionné. Le lambeau fut amené par glissement dans le vagin où il fut étalé sur les bourgeons charnus et fixé par quelques points de suture. Dix jours après, la même opération fut recommencée sur la paroi inférieure qui reçut un lambeau de la fourchette, pour la paroi supérieure, les greffes latérales devaient, en se rencontrant, lui fournir un vêtement épithélial, les petites lèvres atrophiées ne pouvant lui assurer un lambeau. Les greffes nourries par leur pédicule, ne se sphacélèrent pas et, au bout d'un mois, l'on put voir se dessiner sur la paroi vaginale des traînées blanchâtres de tissu épithélial. Sur ces entrefaites une nouvelle menstruation douloureuse s'était produite, mais le sang avait été évacué par l'orifice utérin que notre trocart avait créé.

Six semaines après l'application de ces greffes, le vagin semble dans presque toute son étendue être revêtu d'un tissu protecteur. Mais combien il avait diminué de calibre ! Il n'admettait plus que l'introduction de l'index et du médius, nous essayâmes de le di-

-later, matin et soir avec les doigts et les tampons.

Nous engageâmes la malade à répéter elle-même les séances de dilatation, nous la revîmes en avril 1892, c'est-à-dire 4 mois après. La menstruation s'était produite 3 fois chez elle. Elle avait toujours été douloureuse, mais le sang avait, toutes les fois, été évacué par le vagin. Celui-ci n'admettait plus que le médius.

En novembre 1892, nous avons, une dernière fois, revu notre opérée dans le même état.

OBLITÉRATION DU COL UTÉRIN ET ARRÊTS DE DÉVELOPPEMENT DE L'UTÉRUS.

Souvent à une absence de la partie supérieure du vagin vient se joindre une absence ou une atrophie du col utérin. L'utérus est atrophié, mais présente une véritable cavité où se fait l'exhalation menstruelle ce qui constitue une hématométrie.

On comprend les accidents qui pourront survenir; tout l'utérus se transforme alors en une poche à parois le plus souvent épaissies ou corps et col sont confondus. Les trompes se dilatent aussi sous l'influence de l'exhalation sanguine, menstruelle. Les tumeurs tubaires peuvent acquérir un volume considérable. Parfois un peu de sang filtré à travers l'orifice abdominal et de petites poussées de pelvi-péritonite

se manifestent. Le contenu de ces diverses poches est un sang couleur chocolat rappelant le sang des hématoécèles.

Abandonnées à elles-mêmes ces collections sanguines sont d'un pronostic très grave : la mort peut à chaque instant devenir imminente par suite de septicémie ou de rupture dans le péritoine ; une intervention chirurgicale s'impose ; suivant les circonstances on sera amené à pratiquer comme Hégar le préconise, l'incision vaginale avec tamponnement de la poche, soit comme le recommande M. Pozzi la laparatomie. Dans certains cas, l'hystérectomie abdominale sera nécessaire.

Dans le cas d'hémato-salpinx, on pourra pratiquer la ponction par les culs-de-sac du vagin (Kaltenback) ou la ponction par la paroi abdominale (Haussmann) ou la salpingotomie. Cette dernière intervention sera le procédé de choix, lorsqu'après une opération sur le vagin ou l'utérus atrésiés on verra la tumeur tubaire diminuer subitement de volume, sans constater une issue correspondante de sang au dehors : on ne tarderait pas à constater les symptômes d'une inondation péritonéale à pronostic rapidement fatal.

L'HYGIÈNE DE L'ÂGE PUBÈRE.

Pour que la puberté puisse s'accomplir dans les conditions normales, il faut dès ses premiers signes précurseurs, instituer une hygiène sévère ; hygiène morale, hygiène physique.

HYGIÈNE MORALE.

L'hygiène morale visera l'élément nerveux chez la jeune fille, elle s'appliquera à éloigner d'elle toutes les causes d'excitations malsaines, de fatigue intellectuelle et morale, de chagrins. Les lectures seront surveillées avec soin, les spectacles et les bals seront absolument proscrits pendant l'âge de la puberté ; les distractions familiales produiront au contraire l'effet le plus salutaire. On sait quelle influence les jeunes filles exercent les unes sur les autres ; les relations seront étroitement surveillées.

Autant le travail intellectuel bien compris est une condition favorable à la bonne santé de la jeune fille, autant les veilles, les soucis des examens et des concours ont sur elle la plus détestable influence. Les familles s'appliqueront

à laisser le moins possible les jeunes filles seules, à détruire chez elles l'habitude de la rêverie et à combattre cette apathie intellectuelle que provoque le plus souvent la solitude.

Dans la mesure du possible on évitera à la jeune pubère les contrariétés, les chagrins, les reproches amers et à plus forte raison les violences physiques qui, outre qu'ils sont capables de causer chez elle des accidents graves tels que suppression brusque des règles, syncopes, amènent des perturbations intellectuelles qui bien souvent aboutissent à la manie du suicide.

L'Hygiène physique, ne devra pas être moins rigoureusement observée.

Les vêtements seront amples, d'une épaisseur en rapport avec la saison que l'on traversera. Ils devront permettre le libre fonctionnement de tous les organes. Le corsét sera aussi peu large que possible ; il ne devra jamais être serré outre mesure. Les jarretières trop serrées gênent la circulation dans les membres inférieurs, elles seront remplacées par des liens fixés au corset ou en tous cas devront être peu serrées.

Le repos sera modéré et réglé. Si les veilles et les fatigues exercent une fâcheuse influence sur la santé de la jeune fille, rien ne lui est aussi plus préjudiciable que le repos au lit prolongé sans motifs.

Toutes les fois que la vie au grand air sera

possible elle constituera une condition des plus favorables.

L'alimentation sera simple, abondante et surtout prise à l'heure fixe.

La marche, la gymnastique, les jeux au grand air, la natation, l'équitation, le jardinage, la rame, constituent des exercices très salutaires qu'il ne faudra jamais pousser jusqu'à la fatigue extrême. Nous déconseillons formellement la bicyclette que nous n'avons jamais vu produire que de mauvais résultats.

CONCLUSIONS

I. — Entre douze et seize ans sous le climat de la France, il s'établit chez la jeune fille une fonction importante que l'on a appelé la menstruation. Cette fonction dont le signe objectif est un écoulement sanguin par les voies génitales, se répétant périodiquement chaque mois, crée, suivant l'expression de Pajot : « une condition particulière qui favorise et rend possible l'aptitude à la conception ».

L'époque à laquelle s'établit cette fonction et l'ensemble des phénomènes physiologiques qui l'accompagnent a reçu le nom de puberté. Lorsque la menstruation est établie, les quelques malaises qui ont accompagné son apparition se dissipent et la santé reprend son cours normal.

II. — Si bien souvent la puberté se passe sans incidents graves, souvent aussi elle constitue une période troublée par l'apparition de maladies et d'affections nouvelles qui viennent fondre sur

un organisme en état de moindre résistance, c'est l'âge où va se manifester une série d'accidents, dont la plupart sous la dépendance de lésions du système nerveux ou du système circulatoire, nous paraissent dériver de ces deux types redoutables : l'hystérie et la chlorose.

III. — Les maladies aiguës qui surviennent à l'époque de la puberté nous ont paru ne tirer de cette condition aucun caractère particulier de gravité ou de bénignité : cependant il nous paraît constant que le fait d'une époque menstruelle voisine agit en raccourcissant la période d'incubation des maladies infectieuses.

IV. — La puberté a une influence manifeste sur les diathèses et les affections chroniques :

La syphilis héréditaire traitée, paraît s'éteindre définitivement à ce moment.

La syphilis acquise et la syphilis héréditaire non ou insuffisamment traitée, nous ont paru subir par contre des poussées nouvelles et nous avons vu plusieurs accidents mortels survenir à cette époque.

La tuberculose, nous ne dirons pas héréditaire, mais chez des sujets nés de souche tuberculeuse et ainsi facilement tuberculisables, nous a paru s'aggraver à ce moment et subir une accélération dans sa marche ; l'infection outre sa prédilection marquée pour les poumons attaque

aussi fréquemment le système lymphatique et les extrémités articulaires des os.

D'autres fois, nous avons vu sous l'influence du changement de climat et de la cure d'air de petites tuberculeuses avérées arriver à des guérisons qui nous ont paru complètes et dont plusieurs en tous cas ont été durables.

D'autre part, chez des sujets ne présentant aucun antécédent bacillaire, nous avons vu la tuberculose pulmonaire s'installer insidieusement à la puberté et donner naissance à des formes lentes et torpides de l'infection bacillaire.

Les maladies du cœur semblent généralement être influencées d'une manière fâcheuse par l'apparition de la menstruation.

La puberté a une action nettement défavorable sur les affections nerveuses et mentales préexistantes : chorée, démences précoces.

V. — *La menstruation une fois établie est sujette à des troubles variés :*

A. — Elle peut bien que se répétant à ses époques normales, s'accompagner de phénomènes généraux parfois très graves et d'accidents abdominaux redoutables, accidents péritonéaux, hématocele cataméniale. Dans ce cas il y a dysménorrhée.

B. — Les règles peuvent après s'être montrées, cesser de se produire pendant un temps plus ou moins long en l'absence de toute cause

apparente ; elles peuvent disparaître pendant tout ou partie du cours de certaines maladies aiguës : fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire aigu ; d'autres fois elles peuvent disparaître au cours de certaines maladies chroniques (hystérie, chlorose) et cela pour un certain temps, d'autres fois elles disparaîtront pour ne plus reparaitre à la période ultime de maladies chroniques : (tuberculose pulmonaire, cachexie palustre, leucémie) ; d'autrefois enfin, les règles peuvent au moment où tout faisait présager leur venue être arrêtées dans leur cours par une influence brusque, traumatique ou morale : dans tous ces cas, il y a aménorrhée.

C. — L'hémorrhagie cataméniale peut du fait d'une lésion locale (hypertrophie du col utérin, métrite hémorrhagique chez les cardiaques) ou d'une maladie générale : affection valvulaire du cœur, chlorose, ictère grave, se prolonger au-delà du temps normal et s'exagérer en abondance : c'est la ménorrhagie.

D. — Parfois l'aménorrhée, surtout lorsqu'elle succède à une suppression brusque des règles ou qu'elle résulte de vices de conformations des voies génitales, pourra coïncider avec certains faits très curieux dont nous rapportons une observation personnelle et consistant en hémorrhagies survenant à l'époque présumée des règles en maints endroits du corps : hémoptysies, hématomèses, épistaxis nasales, hématuries. D'au-

tres fois une éruption cutanée intense, acné, eczéma, urticaire éclatera à l'époque des règles et en leur absence ; d'autres fois un érysipèle surviendra à la place des règles absentes : c'est l'ataxie menstruelle ou déviation des règles.

E. — La menstruation enfin peut être entravée par toutes les difformités et les arrêts de développement des organes génitaux. En cas d'aménorrhée primitive durable, l'examen local devra toujours être fait.

VI. — Pour que la puberté s'accomplisse dans de bonnes conditions, il faut, dès ses premiers signes précurseurs, constituer une hygiène sévère à la fois morale et physique.

L'hygiène morale supprimera toutes les causes d'excitation nerveuse.

L'hygiène physique aura en vue le vêtement, l'habitation, l'alimentation ; toute médication active sera soigneusement évitée.

Chaque classe de troubles menstruels comportera des indications spéciales.

Vu par le président de la thèse,

TILLAUX

Vu par le Doyen.

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ARAN. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et des annexes. Paris, 1858.
- ASHWEL. — Déviation des règles. In gazette médicale de Paris, 1838.
- AXENFELD ET HUCHARD. — Traité des névroses. Paris, 1883.
- BAILLOT. — Bull. général de thérapeutique. Nouveaux faits relatifs à l'emploi de l'apiol, 1861.
- BARBAUD ET LEFÈVRE. — La puberté chez la femme. Paris, 1897.
- BARBIER. — Thèse de Paris, 1849. Influence de la menstruation sur les maladies mentales.
- BAUDELOQUE. — Traité des accouchements. Paris.
- BÉCLARD. — Art. Larynx. In dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 1872.
- BERNUTZ. — Clinique sur les maladies des femmes, 1860.
- De l'atrésie des organes génitaux de la femme. Revue de thérapeutique médicale et chirurgicale, 1879.
 - Art. Aménorrhée 1865. D^r de Médecine et de Chirurgie pratiques.
- BERTHOLLÉ. — In union médicale, 2^e série, tome 30, 1866.
- BERTRAND. — Observation sur une fille réglée à 8 ans. Journal de médecine, chirurgie et pharmacie, 1762. Tome 1, page 227.

- BONET. — Recherches cliniques sur la chlorose cardiaque.
Thèse de Paris, 1887.
- BOURGES. — Angines herpétiques. In manuel de médecine,
Tome IV.
- BOUTON. — Thèse de Paris, 1887. De la métrite chez les vier-
ges.
- BRIERRE DE BOISMONT. — La menstruation considérée dans ses
rapports physiologiques et pathologiques. Paris, 1842.
- BRIQUET. — Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, 1859.
- BURNS. — Principles of midwifery, 1843.
- CACHERA. — Erysipèle à répétition. — Thèse de Paris, 1891.
- CADIAT. — Leçons d'anatomie générale. Paris.
- CARRON DE LA CARRIÈRE. — L'aménorrhée des jeunes filles
et son traitement. In revue générale de chirurgie et
de thérapeutique, 2 novembre 1892.
- CASTAN. — Thèse de Paris, 1893. — Les métrorrhagies des
jeunes filles.
- CAUDRON. — Des affections du tractus uvéal dans leurs rap-
ports avec les troubles de la vie sexuelle chez la femme.
Gazette des hôpitaux, 1878, p. 859.
- CAZENAVE. — Déviation des règles par le sein et par le visage.
Journal de Vandermonde, 1759.
- CHANTEMESSE ET SAINTON. — Bulletin de la Société médicale
des hôpitaux, 1895.
- CHARPENTIER. — Traité pratique des accouchements, Tome I,
1890.
- COLONINO. In filiatre Sébésio. Déviation des règles. In thèse
de Hurtaud, Paris 1897.
- CORTÉJARENA. — Remarques sur la menstruation. Congrès
médical et international de Paris, 1867.
- COURTY (A.). — Art. Métrorrhagies. In dict. Encyclopédi-
que des sciences médicales de Dechambre, 1873.

- COURTY. — Traité pratique des maladies de l'utérus, 1881.
- DALCHÉ DE DESPLANELS. — L'ovarite. Thèse de Paris, 1886-87.
- DANILLO. — Recherches classiques sur le rôle de la menstruation dans les maladies mentales. Revue de médecine 1882. p. 746.
- DANLOS. — Les éruptions menstruelles. Thèse de Paris, 1874.
- DANTHON. — Essai sur les hémorrhagies intra-oculaires. Thèse de Paris, 1864.
- DEHENNE. — Rapport pathologique de l'œil et de l'utérus. Annales de gynécologie, septembre, 1879.
- DELAUNAY. — Cloisonnement transversal du vagin. Thèse de Paris, 1877.
- DELORE. — Atrésie cicatricielle du vagin. Gazette médicale de Lyon, page 431, 1868.
- DENIS. — Nature et traitement de certaines formes d'iridochoroïdes. Thèse de Paris, 1874.
- DEPAUL ET GUENIOT. — Art. Menstruation. Dic. encyclopédique des sciences médicales de Dechambre, 1874.
- DEPAUL ET CAMPANA. — Art. Bassin. In dic. encyclopédique des sciences médicales, 1868.
- DEREUX. — Accidents consécutifs à l'opération dans le cas de rétention menstruelle. Thèse de Paris, 1880.
- DE SINÉTY. — Traité de gynécologie et des maladies des femmes, 1884.
- DOLÉRIS. — Troubles physiologiques non inflammatoires de l'utérus, fausses métrites. In nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie, 1893.
- DONNART. — Thèse de Bordeaux, 1895. Remarques sur la menstruation d'après des observations prises dans le sud-ouest de la France.
- GAILLIARD (THOMAS). — Traité clinique des maladies des femmes (traduit par Lutaud), 1879.

- GALEZOWSKY. — Amaurose cérébrale double due à la suppression de l'époque menstruelle. Guérison. Gazette des hôpitaux, 1864.
- GALEZOWSKY. — Des affections oculaires consécutives à la suppression des règles. Recueil d'ophtalmologie 1875. page 41.
- GALLARD. — Leçon sur la dysménorrhée. Annales de gynécologie, mars, 1884.
- GALLARD. — Leçons cliniques sur la menstruation et ses troubles, 1885.
- GAULLIEUR L'HARDY. — La chlorose ménorrhagique. Thèse de Paris. 1896-97.
- GAUTHIER. — Les angines de la menstruation. Thèse de Paris, 1895.
- GENET. — Considérations physiques sur les troubles survenant du côté des amygdales pendant la menstruation, 1881.
- GERNIER. — Réflexion sur les hémorrhagies utérines à forme névralgiques. Concours médical 1881, page 638.
- GODOT. — Erysipèle menstruel. Thèse de Paris, 1883.
- GEORGEON. — Rapports pathologiques de l'œil et des organes génitaux. Thèse de Paris, 1880.
- GOW. — On the relation of heart. Diseases to menstruation British medical journal, 17 mars, 1896.
- GRATTERY. — Troubles viscéraux d'origine menstruelle. Thèse de Paris, 1888.
- GUBLER. — Angine menstruelle. In union médicale, 1858.
- Des épistaxis utérines simulant les règles au début des pyrexies ou des phlegmasies. Paris, 1863.
- GUILMARD. — De la menstruation dans les maladies du cœur Thèse de Paris, 1897.

- GUÉNOT. — Etude sur la physiologie de la menstruation et sur ses rapports avec l'arthritisme et la scrofule. Thèse de Paris, 1881.
- GUÉRETIN. — Etude sur l'imperforation de l'hymen. Thèse de Paris, 1873.
- GUY. — Sur la menstruation. In the méd. Times 1845. Vol. XII, 1845.
- HASNER. — Revue générale d'ophtalmologie. Paralysie de la deuxième paire gauche, 1881.
- HÉBRA. — Maladies cutanées.
- HOBBS (J.). Notes sur un cas de nodosités cutanées avec migraines concomitante apparaissant à chaque époque menstruelle chez une arthritique. Archives cliniques de Bordeaux, 1894.
- HUCHARD ET LABADIE-LAGRAVE. — Contribution à l'étude de la dysménorrhée membraneuse. Archives générales de médecine, 1871-1872.
- HURTAUD (G.). — Des règles supplémentaires et déviées. Thèse de Paris, 1896.
- JACCOUD. — Leçons cliniques de Lariboisière.
- JANET (Pierre). — L'automatisme psychologique. Paris, 1889.
- JANIN. — Essai sur la ménoxénie ou déviation des règles. Strasbourg, 1810. Cité par Hurtaud. Thèse de Paris, 1897.
- JORET. — Emploi de l'apiol contre l'aménorrhée et la dysménorrhée. Bulletin général de thérapeutique, 1880.
- JOULIN. — Mémoire sur la menstruation. Congrès médical international de Paris, 1867.
- KAPOSI. — Akné. Real encyclopedie der Gesamtmén Heilkunde. Eulenbourg, 1894.
- MAC KAY. — Eye diseases from suppression of menses. American Journal of medical Sciences, 1882, p. 383.
- KEIFFER de Bruxelles. — Communication à la Société obsté-

- tricale de France. Session d'avril 1898, anatomie et physiologie de l'utérus humain. In presse médicale, 1898, p. 248.
- KOHN. — Recueil d'ophtalmologie. Amblyopie sans lésions ; suite d'aménorrhée, 1875, page 176.
- LERAT. — Essai sur quelques lésions de l'œil liées à la menstruation. Th. de Paris, 1878.
- LÉVIS (G.). — Des troubles de la menstruation dans les maladies du système nerveux. Th. de Paris, 1897.
- LOREY. — Des vomissements de sang supplémentaires des règles et pathogénie des hémorrhagies supplémentaires du flux menstruel en général. Th. de Paris, 1875.
- LORJOT. — Ovulation sans menstruation pendant une période de 6 ans au cours de laquelle il y a eu 4 grossesses. Bull. et mémoire de la Société obstétricale de gynécologie de Paris, 1895, p. 202.
- LOEWIS. — A case of vicarious menstruation manifested by hematemesis. Maryland. Med. Journal bull. mars 1896.
- MARC D'ESPINE. — Recherches sur quelques-unes des causes qui hâtent ou retardent la puberté. Archives générales de médecine, 1835, T. 2, page 5 et 303.
- MARROTTE. — Epiphénomènes des névralgies lombo-ado-minales. Archives générales de médecine, mai 1860.
- MAISONNAVE. — Quelques considérations sur le traitement des hémathémèses supplémentaires des règles. Thèse Paris, 1875.
- MORIN. — Des maladies et en particulier des affections pulmonaires résultant de la suppression brusque des menstrues. Th. Paris, 1878.
- MISTRAL. — Essai clinique sur les troubles de la menstruation, 1881.

- ÖBERMEIER-OTTO. — Beitrage zur kenntiss der Poeken. Arch. fur. pathol. anat. Berlin 1873, volume LVII.
- OLDHAM. — Observations sur deux formes de dysménorrhée. Gaz. médic., Paris, 1847.
- OLIVE A. — Revue homéopathique de Barcelone, 1895. Menstruaciones suplementarias una forma rara, etiologia, tratamiento, 1895.
- OUDINÉ. — Thèse de Paris, 1882. Congestions du rachis de cause menstruelle.
- ORMIÈRES. — Thèse de Paris, 1880. Menstruation après hystérectomie et ovariectomie.
- OURSEL. — Th. de Paris, 1885. Contribution à l'étude des affections oculaires dans les troubles de la menstruation.
- PARGOIRE. — Thèse de Paris. De la menstruation en pathologie oculaire, 1892.
- PANAS. — Traité des maladies des yeux, Paris, 1895.
- PARROT. — Gazette hebdomadaire, p. 633. Etude sur la sueur de sang et les hémorrhagies neuropathiques, 1859.
- PARROT. — Article chlorose. In dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.
- PÉCHLINIUS. — Observationum physico-medicarum libri III, Hambourg, 1691.
- PETIT. — Gazette hebdomadaire. Streptocoque et menstruation, 1896.
- Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (Dechambre). Art. dysménorrhée de André Petit, 1885.
- PETIT G. — Des rapports de la paralysie générale chez la femme avec certains troubles de la menstruation. Thèse de Paris 1886.
- PIROTAIS. — Gazette des hôpitaux, n° du 15 mai 1873. Imperforation de l'hymen.

- POZZI. — Traité de gynécologie, 1897.
- PUECH. — Imperforation de l'hymen. Annales de gynécologie tome 2, page 200, 1874.
- PUECH. — De l'influence de l'établissement de la menstruation sur l'apparition d'accidents oculaires, en particulier chez les sujets diathésiques. Archives d'ophtalmologie, 1889, p. 410.
- PUECH. — Atrésies complexes. Annales de gynécologie, tome 3, page 276, 4-120, 1874.
- PUECH. — Inflammation ou rétention dans les atrésies des voies génitales de la femme. Gazette obstétricale de 1874, p. 286.
- PUECH. — De la déviation des règles et de son rapport avec l'ovulation. Bulletin de l'académie des sciences, 1863.
- ROGER. — Revue de médecine, 1895. Erysipèle et menstruation.
- RIBARD. — Thèse de Montpellier. Atrésie du col utérin, 1879.
- RACIBORSKY. — Traité de la menstruation. Paris, 1868.
- De la puberté et de l'âge critique chez la femme et de la ponte périodique chez les mammifères, 1844.
- RICHEL. — Traité d'anatomie médico-chirurgicale.
- ROMME. — Les ménorrhagies dyscrasiques de la puberté et leur traitement. In presse médicale du 4 mai 1878. (Analyse de la thèse de Castan).
- SALVY. — Des rapports de la menstruation et de l'érysipèle. Thèse de Paris, 1896.
- SAMALENS. — Thèse de Paris, 1887. Suppression brusque des règles.
- SCHOEFER. — Einfluss der psychose auf den menstruation vorgang. Société psychiatrique de Berlin. Séance du 13 juin 1893.
- SCHWANZY. — The influence of the uterus in eye diseases Dublin. Journal of medical science. Juin 1878.

- SEMELAIGUE. — De la dysménorrhée membraneuse et de la membrane dysménorrhéale. Th. Paris, 1851.
- SICAUT. — Th. Paris, 1896. Action du sénéçon dans la dysménorrhée.
- SIMPSON. — Traduit par Chantreuil. Clinique obstétricale et gynécologique : dysménorrhée ovarienne, 1876.
- SIREDEY. — D. de médecine et de chirurgie pratique (Jaccoud). Art. dysménorrhée, 1870.
- D. de médecine et de chirurgie pratique (Jaccoud). Art. métrorrhagies, 1876.
- SOTO Y ALFARO. — La névralgie utérine. Th. Paris, 1886.
- STOLZ. — D. de médecine et de chirurgie pratique (Jaccoud). Art. menstruation, 1876.
- TAGUET. — De l'influence de la menstruation sur le système nerveux. Th. de Paris, 1872.
- TANGUY. — Troubles visuels nerveux d'origine utérine simulant l'asthénopie. Th. Paris, 1877-1878.
- THEILABER. — Rapports de la maladie de Basedow avec les modifications de l'appareil génital. Archives sur gynécologie, 1896 (analysé dans la revue de M. Hayem, 1896, tome 47, page 58).
- THOMAS. — Th. de Paris, 1875, Erysipèle périodique cataménial.
- TILLAUX. — Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie.
- TILT. — Des causes qui avancent ou retardent la menstruation. The Month. Journal of médical sciences, 1850.
- Manuscrit du Congrès médical international de Paris, 1867.
- TORTHE. — Thèse de Paris, 1877. D'une forme rare de déviation menstruelle.
- TOURNIÉ. — Des troubles menstruels considérés dans leurs

rapports avec la tuberculisation pulmonaire. Thèse de Montpellier, 1881.

TOURNEUX. — Thèse de Paris, 1886. Erysipèle cataménial.

TRIPPIER. — Des obstructions du canal cervico-utérin et de leur traitement. Gaz. méd. de Paris, 1878, 20 mai.

TRIPPIER. — Leçons cliniques sur les maladies des femmes et leur traitement par l'électricité, 1883.

TURQUET. — Le bassin infantile. Thèse de Paris, 1876.

TROUSSEAU. — Irido choréïdite cataméniale. Société d'ophtalmologie. Juin 1890.

TROUSSEAU. — Travaux d'ophtalmologie. Paris, 1891.

TROUSSEAU. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu de Paris, 1885.

TROUSSEAU. — Clinique. In gazette des Hôpitaux 1855. Angine menstruelle.

VALLON. — Thèse de Paris, 1881. Influence des lésions valvulaires sur la menstruation.

VERIN. — Thèse de Paris, 1894. Ménorrhagies dans le rétrécissement mitral et accessoirement dans quelques états généraux.

VALLEIX. — Guide du médecin praticien. Art. aménorrhée, dysménorrhée, métrorrhagies, névralgies lombo-abdominales, 1860.

VRAIN. — La menstruation et la grossesse dans leurs rapports avec quelques manifestations cutanées diathésiques, 1878.

